

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

علاقة الحوافز بالجودة في مجال الخدمة الصحية

بالمؤسسة العمومية الإستشفائية الجزائرية

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالجلفة

مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع

تخصص: تنظيم و عمل

إشراف الأستاذ:

د. مالك شعباني

إعداد الطالب:

محمد هرماس

لجنة المناقشة

رئيسا			د. جيلاني حسان
		()	.
		()	. صباح سليمان
		()	. ميمونة منصورية

السنة الجامعية : 2015/2014

الإهداء

أهدي جهدي

المريض

الساهرين

السائرين

لهذا

شكر و تقدير

أخيرا نعمه الكثيرة توفيقه

هذا

الجزيل

يشكر

يشكر

هذا

توجيهاته القيمة

بجزيل

يبخل بها

الذين

خيضر

يد

رأسهم البروفيسور

الذين كانوا نجوما في سماء علم الاجتماع

التقدير

بجزيل

هذا

تفضلهم

تقييمه

جهدا

منهم

حجيلة رحالي و

الميلود بكاي

خير

يجازيهم

فهرس المحتويات

الموضوع	
تشكرات	
الإهداء	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
مقدمة	-
الباب الأول : الجانب النظري للدراسة	
الفصل الأول : مدخل للدراسة	
أولا: الإشكالية	03
ثانيا : فرضيات الدراسة	05
ثالثا : أهمية الدراسة	05
رابعا : أهداف الدراسة	05
خامسا : أسباب اختيار الموضوع	06
سادسا: تحديد المفاهيم	07
سابعا : الدراسات المشابهة	09
الفصل الثاني : الاطار المفاهيمي والفكري للحوافز	
تمهيد :	16
I – الحوافز : المفهوم والأهمية	17
II - محددات نجاح الحوافز	26
- أنواع الحوافز	32

61	V الفاعل كحافز في المنظمة
73	V- نظريات التحفيز
98	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث : جودة الخدمات الصحية
101	تمهيد
102	I- مفاهيم متعلقة بالمستشفى
117	- المورد البشري و الأداء الم في الوظيفي
122	II - الخدمات الصحية والمفاهيم المرتبطة بها
138	V - جودة الخدمات الصحية
159	V- إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
174	خلاصة الفصل
	الباب الثاني : الجانب الميداني للدراسة
	الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة
177	تمهيد
178	أولا : مجالات الدراسة
178	1 - المجال الجغرافي
184	2 - المجال الزمني
184	3 - المجال البشري
184	ثانيا : المجتمع الأصلي للدراسة وعينته
185	ثالثا : المنهج المستخدم في الدراسة
186	رابعا : أدوات جمع البيانات
188	خامسا : أساليب المعالجة الإحصائية
	الفصل الخامس : عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

190	تمهيد
191	I - عرض وتحليل ومناقشة البيانات الميدانية
191	أولا : خصائص العينة
196	ثانيا : تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
225	ثالثا : تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
253	II - نتائج الدراسة
259	الخاتمة
262	توصيات
269-263	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

عنوان الجدول	
جدول رقم 01: توزيع المرضين حسب الجنس	191
جدول رقم 02: توزيع المرضين حسب السن	192
جدول رقم 03: توزيع المرضين حسب المستوى التعليمي	193
جدول رقم 04: توزيع المرضين حسب الأقدمية	194
جدول رقم 05: توزيع العينة حسب الحالة الإجتماعية	195
جدول رقم 06: يبين مدى كفاية الأجر الذي يتقاضاه الممرض.	196
جدول رقم 07: يبين تبرير أسباب كفاية الأجر من عدم كفايته لدى الممرض.	197
جدول رقم 08: يبين مدى تناسب الأجر والجهد لدى الممرض.	198
جدول رقم 09: يبين مدى تناسب الأجر والجهد لدى الممرض	199
جدول رقم 10: يبين دور الأجر في مضاعفة الجهد لدى الممرض.	200
جدول رقم 11: يبين مدى توافق منحة المردودية والجهد المبذول لدى الممرض	201
جدول رقم 12: يبين رأي المرضين في أساليب التقييم لمنحة المردودية	202
جدول رقم 13: يبين نسبة تقاضي المرضين لمنحة العدوى.	204
جدول رقم 14: يبين رأي المرضين في قيمة منحة العدوى.	205
جدول رقم 15: مبررات المرضين بعدم مناسبة منحة العدوى.	206
جدول رقم 16: يبين مستوى رضا المرضين على أداء الخدمات الاجتماعية	207

209	جدول رقم 17: يبين أسباب عدم رضا الممرضين على أداء الخدمات الاجتماعية
211	جدول رقم 18: يبين وفرة النقل أو من عدم وفرته
212	جدول رقم 19: توفر أو عدم توفر بدلات العمل.
213	جدول رقم 20: الإجابة عن وفرة البدلات من الناحيتين الكمية والنوعية.
214	جدول رقم 21: الإجابة عن وفرة البدلات من الناحيتين الكمية والنوعية
215	جدول رقم 22: يبين الظروف المادية
216	جدول رقم 23: يبين أسباب عدم توفر الظروف المادية.
218	جدول رقم 24: يبين حالة الأجهزة الطبية.
220	جدول رقم 25: يبين أسباب عدم توفر الأجهزة الطبية.
221	جدول رقم 26: يبين إجابات المبحوثين حول صيانة الأجهزة المعطلة
222	جدول رقم 27: يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأجهزة التمريرية
224	جدول رقم 28: يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأدوية
225	جدول رقم 29: يبين إجابات المبحوثين حول حصولهم على الترقية
226	جدول رقم 30: يبين عدد الترقيات التي تلقاها الممرضين
228	جدول رقم 31: يبين معايير الترقية
229	جدول رقم 32: يبين إجابات المبحوثين حول التكوين
231	جدول رقم 33: يبين إجابات المبحوثين حول تماشي لتكوين وميدان العمل
232	جدول رقم 34: يبين إجابات المبحوثين حول إهتمام المستشفى بالتكوين
233	جدول رقم 35: يبين إجابات المبحوثين حول إهتمامهم بالتكوين
236	جدول رقم 36: يبين إجابات المبحوثين حول أسباب إهتمامهم بالتكوين

237	جدول رقم 37: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بالإدارة
238	جدول رقم 38: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بالأطباء
239	جدول رقم 39: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم ببعضهم البعض
241	جدول رقم 40: يبين إجابات المبحوثين حول طابع العمل في المصالح الاستشفائية
242	جدول رقم 41: يبين إجابات المبحوثين حول وسائل الاتصال التي تستعملها الإدارة
244	جدول رقم 42: يبين إجابات المبحوثين حول الوسائل التي يستخدمها لتبليغ تظلماته.
245	جدول رقم 43: يبين إجابات المبحوثين حول السماح لهم في المشاركة في اتخاذ القرار
247	جدول رقم 44: يبين إجابات المبحوثين حول التعزيز السلبي القرار.
248	جدول رقم 45: يبين إجابات المبحوثين حول تشجيع المجتهدين.
249	جدول رقم 46: علاقة الحوافز المادية بجودة الخدمة الصحية.
250	جدول رقم 47: يوضح علاقة الحوافز المعنوية بجودة الخدمة الصحية
251	جدول رقم 48: يوضح مؤشرات الجودة من وجهة نظر الممرضين
252	جدول رقم 49: يوضح مقترحات الممرضين لتحقيق جودة الخدمات الصحية

فهرس الأشكال

عنوان الشكل	
شكل رقم 01: قواعد نظام الحوافز للعمل	28
شكل رقم 02: يوضح أنواع الحوافز	59
شكل رقم 03: يوضح أنواع الجماعات	65
شكل رقم 04: هرم الحاجات التصاعدية لماسلو	82
شكل رقم 05: مضمون نظرية التوقع	86
شكل رقم 06: نظرية هرزبرغ	91
شكل رقم 07: مقارنة بين نظريات ماكليند، هرزبرغ، ماسلو	91
شكل رقم 08: الأبعاد الأربعة للصحة حسب لاند	125
شكل رقم 09: نموذج دونابيدون لجودة الخدمة الصحية	141
شكل رقم 10: يوضح أبعاد جودة الخدمات الصحية حسب تعريف الإجمالي	144
11: يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية الجزائرية	183
شكل رقم 12: توزيع المرضى حسب الجنس	191
شكل رقم 13: توزيع المرضى حسب السن	192
شكل رقم 14: توزيع المرضى حسب المستوى التعليمي	193
شكل رقم 15: توزيع المرضى حسب الأقدمية	194
شكل رقم 16: توزيع العينة حسب الحالة الإجتماعية	195
شكل رقم 17: يبين مدى كفاية الأجر الذي يتقاضاه الممرض.	196
شكل رقم 18: يبين تبرير أسباب كفاية الأجر من عدم كفايته لدى	197

	الممرض.
198	شكل رقم 19: يبين مدى تناسب الأجر والجهد لدى الممرض.
199	شكل رقم 20: يبين مدى تناسب الأجر والجهد لدى الممرض
200	شكل رقم 21: يبين دور الأجر في مضاعفة الجهد لدى الممرض.
201	شكل رقم 22: يبين مدى توافق منحة المردودية والجهد المبذول لدى الممرض
202	شكل رقم 23: يبين رأي الممرضين في أساليب التقييم لمنحة المردودية
204	شكل رقم 24: يبين نسبة تقاضي الممرضين لمنحة العدوى.
205	شكل رقم 25: يبين رأي الممرضين في قيمة منحة العدوى.
206	شكل رقم 26: مبررات الممرضين بعدم مناسبة منحة العدوى.
207	شكل رقم 27: يبين مستوى رضا الممرضين على أداء الخدمات الاجتماعية
209	شكل رقم 28: يبين أسباب عدم رضا الممرضين على أداء الخدمات الاجتماعية
211	شكل رقم 29: يبين وفرة النقل أو من عدم وفرته
212	شكل رقم 30: توفر أو عدم توفر بدلات العمل.
213	شكل رقم 31: الإجابة عن وفرة البدلات من الناحيتين الكمية والنوعية .
214	شكل رقم 32: الإجابة عن وفرة البدلات من الناحيتين الكمية والنوعية
215	شكل رقم 33: يبين الظروف المادية
216	شكل رقم 34: يبين أسباب عدم توفر الظروف المادية.
218	شكل رقم 35: يبين حالة الأجهزة الطبية.

220	شكل رقم 36: يبين أسباب عدم توفر الأجهزة الطبية.
221	شكل رقم 37: يبين إجابات المبحوثين حول صيانة الأجهزة المعطلة
222	شكل رقم 38: يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأجهزة التمريضية
224	شكل رقم 39: يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأدوية
225	شكل رقم 40: يبين إجابات المبحوثين حول حصولهم على الترقية
226	شكل رقم 41: يبين عدد الترقيات التي تلقاها المرضى
228	شكل رقم 42: يبين معايير الترقية
229	شكل رقم 43: يبين إجابات المبحوثين حول التكوين
231	شكل رقم 44: يبين إجابات المبحوثين حول تماشي لتكوين وميدان العمل
232	شكل رقم 45: يبين إجابات المبحوثين حول إهتمام المستشفى بالتكوين
233	شكل رقم 46: يبين إجابات المبحوثين حول إهتمامهم بالتكوين
236	شكل رقم 47: يبين إجابات المبحوثين حول أسباب إهتمامهم بالتكوين
237	شكل رقم 48: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بالإدارة
238	شكل رقم 49: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بالأطباء
239	شكل رقم 50: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم ببعضهم البعض
241	شكل رقم 51: يبين إجابات المبحوثين حول طابع العمل في المصالح الاستشفائية
242	شكل رقم 52: يبين إجابات المبحوثين حول وسائل الاتصال التي تستعملها الإدارة
244	شكل رقم 53: يبين إجابات المبحوثين حول الوسائل التي يستخدمها لتبليغ تظلماته.

245	شكل رقم 54: يبين إجابات المبحوثين حول السماح لهم في المشاركة في اتخاذ القرار
247	شكل رقم 55: يبين إجابات المبحوثين حول التعزيز السلبي القرار.
248	شكل رقم 56: يبين إجابات المبحوثين حول تشجيع المجتهدين.
249	شكل رقم 57: علاقة الحوافز المادية بجودة الخدمة الصحية.
250	شكل رقم 58: يوضح علاقة الحوافز المعنوية بجودة الخدمة الصحية
251	شكل رقم 59: يوضح مؤشرات الجودة من وجهة نظر المرضى
252	شكل رقم 60: يوضح مقترحات المرضى لتحقيق جودة الخدمات الصحية

مقدمة:

لقد طورت المجتمعات الإنسانية عبر التاريخ هياكل يقصدها الإنسان للحصول بعد أن كان هذا الأخير عملية تبادل شخصية بين (الطبيب - المريض) وهكذا أصبح تقديم الخدمة الصحية في إطار منظم ، ومن مسؤوليات الدولة ، هذا من أهم القطاعات الخدمية داخل أي دولة لكونه يتعامل مع حياة بقاء على قيد الحياة بصحة جيدة ، لذا فإن تطوير هذا القطاع من أ على خدمات صحية ذات جودة في نظم الخدمة الصحية يعد هدفاً إستراتيجياً بالنسبة دولة ، فاليوم تسعى المنظمات الصحية ، ليعود ذلك بصفة رئيسية إلى أن تقديم مجرد ال ومرافقيهم يطالبون بأن تكون هذه الرعاية ذات جودة. الجودة في مجال الرعاية الصحية تعني إرضاء المرضى و ذويهم من . تلبية متطلبات العلاج و تأمين العناية المناسبة للمريض و حسن التعامل مع المريض

ومن المهم أن ندرك أن الجودة في الرعاية الصحية هي عملية وليست برنامجاً فالبرنامج له بداية ونهاية، ولكن العملية لا نهاية لها، فهي مستمرة عاية الصحية ينبغي بدؤها، وتقديمها، وتقييمها، وتحسينها، ورصدها باستمرار حتى بعد شفاء المريض من مرضه، إذ أن الرعاية تشمل أيضاً تمام العافية وتعزيز الصحة، والوقاية من المرض .

إن الجزائر على غرار بلدان العالم تسعى لتحسين الأوضاع الصحية لمواطنيها و تلبية احتياجات مرضاها في مجال الصحة والعلاج والخدمات الطبية في جميع الاختصاصات بمستوى مقبول من خلال وضع سياسة صحية تتكفل بذلك ، فهذه السياسة ليكتب لها النجاح عتمدت الدولة على مجموعة من الوسائل والإجراءات منها الاهتمام بمقدمي الخدمات الصحية.

لمنظمة الصحية بمكامن النقص التي تتلقاها من المرضى فتضع بدورها مجموعة من المعايير لتصحيح انحرافات الخدمة الصحية ، بخدمتها بغية كسب رضا (جمهور الخارجي) المريض، و تضمن ذلك من خلال خدمات الطبيب و الملاك التمريضي و الخدمي المتصل بالمريض بأن أدائهم سيكون و هذا لكونهم الأكثر اتصالاً و قرباً من المريض وتقديم المعلومات المناسبة لإدارة المستشفى، ولا شك أن نظام التقييم للرواتب والحوافز التي تستخدم في المستشفى يلعب دوراً كبيراً و مهماً في أداء العاملين وهذه الأنظمة المعتمدة في التقييم للمخرجات وما ينعكس عليها من مكافآت مالية تتجاوز باقي المجالات الأخرى الإنسانية الواجبة في الأداء، كما هو العمل بروح الفريق الواحد ، الجهد المبذول تجاه المرضى ، اللطف والأدب في الرد عن استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها ... الخ، وفي هذه الحالة لابد أن يكون لهذه في تحديد مستوى تقييم الحوافز الممنوحة للعاملين ودون أن

جتهادات شخصية ، بل يمكن الرجوع والعودة إلى

إن دراستنا هذه تعالج موضوع :

الصحية العمومية ستشفائية الجزائرية ، وقد إحتوت دراستنا على بابين :
أولهما نظري والثاني تطبيقي ، وقد إشتمل القسم النظري على ثلاثة فصول ، والفصل
الأول تناول إشكالية الدراسة وإعتباراتها من الفرضيات ، أهداف الدراسة وأهميتها
تحديد المفاهيم ، والدراسات السابقة .

والفصل الثاني تناولنا فيه الإطار المفاهيمي والفكري للحوافز والذي تطرقنا فيه
إلى مفهوم الحوافز وأهميتها ، ثم تعرضنا إلى أنواع الحوافز بشقيها المادي والمعنوي
، ثم تناولنا محددات بناء نظام الحوافز، وفي الأخير تناولنا نظريات الحوافز .

جودة الخدمات الصحية ، والذي تطرقنا فيه
إلى المستشفيات من حيث التعريف والوظيفة ، لتعرض بعدها إلى الأداء الوظيفي
للمورد البشري في المستشفى ، ثم تناولنا المفاهيم المتعلقة بالخدمات الصحي

بعدها مضامين جود مؤسسة الصحية ،

الجودة الشاملة كروية مستقبلية للمؤسسة ال حية الجزائرية.

يشتمل على فصلين ، الفصل الرابع ذ

فيه الإجراءات المنهجية للدراسة ، أما الفصل الخامس ذ فيه تحليل ومناقشة
المعطيات.

أولا : الإشكالية :

يعتبر قطاع الخدمات الصحية من أهم القطاعات التي تؤثر في الاقتصاد القومي والعالمي ذلك لأن هذا القطاع يهتم بأعلى وأثمن ما يملك الإنسان وهي الصحة وأيضا يهتم بالمجتمع وحماية البيئة من التلوث ، حيث أن المجتمع السليم المعافى هو مجتمع قوي اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا .

لقد عملت الجزائر منذ الإستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج ، و الذي أعتبر مكسبا ثوريا هذه المبادئ عرفت نجاحات وبعض الإخفاقات عبر المراحل المختلفة التي مرت بها البلاد ، وفي الآونة الأخيرة يشهد هذا القطاع جملة من التغيرات الناتجة لما يحصل في المحيط ، لاسيما في ظل العولمة والمعلوماتية و المنافسة الشديدة و حدوث تطورات في مختلف المجالات التي فرضها الواقع، تحتم على هذا القطاع مواكبة ما يحدث ، وإضافة لهذا فإنه إن لم يواكب من أجل الربح وأخذ موقع متميز مع المنظمات الأخرى ، فإن طبيعة العمل الذي يقدمه تفرض عليه التميز كونه يتعلق بحقوق الناس وحاجتهم الملحة للحياة والبقاء ، ورغبتهم نحو الصحة والأمان ، ولهذا يحاول هذا القطاع إدخال مفهوم الجودة في نظم الخدمات الصحية ، ويعود ذلك لأن تقديم محدد للخدمة الصحية لم يعد خيارا مقبولا ، في زمن إنتشرت فيه أمراض العصر المزمنة والوبائية وتضاعف الضغوط المتزايدة على هذا القطاع ، نظرا لما يشهده من زيادة مضطردة وإقبالا متناميا في عدد المترددين على المستشفيات ، وقد إتسمت هذه الزيادة بخصائص لم تكن متوفرة في السابق خاصة فيما يتعلق بالمطالبة على الإستجابة السريعة والإهتمام الشخصي لمتطلبات المواطنين وإحتياجاتهم ، مع الزيادة في تحسين الخدمات الصحية ، وإيجاد الوسائل والسبل المقابلة لهذه الطلبات والإستجابة لها ، أدى بالقائمين على هذا القطاع في الجزائر بإعتماد سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط وتنظيم العلاج بها ، كما تهدف إلى تأمين وأنسنة الخدمات وعصرنة النشاطات تماشيا مع المتطلبات الجديدة ، مما يسمح لتقديم خدمة ذات نوعية ، ومن بين الإجراءات التي اتخذتها الدولة الإعتماد بشكل كبير على مدى مساهمة الأفراد في المنظمة الصحية، حيث تحتوي هذه المنظمات على فئات سوسيو مهنية مختلفة وهذا لخصوصية العمل فيها ، منها الممرض الذي يمارس مهنة التمريض والتي هي من أسمى المهن التي إبتكرها الإنسان وتكاد تكون أفضلها وأهمها نظراً لما تساهم به من إنقاذ المرضى من الخطر والموت بمساعدة باقي الطواقم الصحية.

وتمثل إحدى أهم المهن الإستراتيجية والرئيسية في نظم الرعاية الصحية لأي بلد من البلدان سواء المتقدمة أو النامية وتعتبر مهنة التمريض من الجوانب التي لا يمكن الإستغناء عنها ولا يمكن لأي إقتصاد أو نظام صحي الإستغناء عنها.

وتتطلب مهنة التمريض أن يؤدي الممرض والمرضة الوظائف الفنية والإدارية والتعليمية والإستشارية والإجتماعية وغيرها من خلال تطبيق العملية التمريضية التي تشمل على المسح التمريضي والتشخيص والتخطيط والتنفيذ وتقديم رعاية التمريض للأفراد والمجتمع.

فلا يمكن أن تطبق سياسة الإصلاح ويجنى ثمارها بمعزل عن هؤلاء الأفراد لذلك وحتى يندفع الممرضون والطاقم الصحي إلى تقديم كل ما لديهم من اقتراحات وأفكار بناءة وإثارة القدرة الإبداعية لديهم لاكتشاف المشكلات قبل حدوثها ، وإيجاد الحلول المناسبة لها ، وإيجاد المحرك لطاقتهم وباعث موجه لسلوكهم ، وتشجيعهم على المساهمة في تحسين الجودة من خلال إعطائهم الفرصة للإبداع وإبتكار طرق وأساليب عمل نابعة عن تجاربهم المختلفة هذا إضافة إلى مكافأة العاملين ماديا ومعنويا مقابل الأداء ، وهكذا فلا بد من المنظمة أن تشعر أن من أولوياتها الإهتمام بالتعاون بين العاملين وليس التنافس بينهم ، وثانيا الإعتداد على التغذية المرتدة التي تحصلها من العاملين في تقييم نظام العمل وليس تقييم العامل بشكل فردي ، وعليها أن تشعر العامل في المنظمة بالاطمئنان والتقدير لكل ما يبذله من جهد .

فموضوع الحوافز من أكثر الموضوعات التي حظيت بإهتمام الدراسات في مختلف تخصصات العلوم الإجتماعية لإرتباطها بترجمة سلوك الأفراد ودفعه نحو تحقيق أهداف المنظمة فقد إنقسمت التصورات النظرية إلى عدة اتجاهات يركز فيها البعض على الجانب المادي والبعض الآخر يتناول مسألة الحوافز من الجانب المعنوي وضمن هذا السياق طرح التساؤل الرئيسي التالي :

- الحوافز بالجودة مجال الخدمة الصحية المؤسسة
العمومية ستشفائية الجزائرية

ثانيا : فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة:

كلما كانت الحوافز جيدة كلما كانت الجودة عالية في مجال الخدمة الصحية .

الفرضيات الجزئية:

الفرضية الأولى:

كلما كانت الحوافز المادية جيدة كلما كانت الجودة عالية في مجال الخدمة الصحية .

الفرضية الثانية:

كلما كانت الحوافز المعنوية جيدة كلما كانت الجودة عالية في مجال الخدمة الصحية.

ثالثا : أهمية الدراسة :

تستمد أهمية هذه الدراسة في قيمة الموضوع الذي تبحث فيه ، و ذلك انطلاقا من أن الجودة هي الرقي الذي تسعى المنظمات إلى بلوغه ، وتقييم أية منظمة أو مؤسسة يبنى على مستوى الرضا الذي تحققه لدى متعاملاتها وعاملاتها ، وهو جوهر الجودة وروحها ، كما أن رأس المال البشري يعد أحد الركائز الأساسية للمنظمة وعليه فالبحث في العلاقة بين كل من متغير الحوافز و متغير الجودة يفضي إلى تلك الاستفادة التي من الممكن تحصيلها من إثبات هذه العلاقة ، و ذلك على الصعيدين العملي و العلمي فمن الناحية العلمية سوف تقدم لنا الدراسة صورة أكثر وضوحا حول واحدة من الظواهر السوسيو- تنظيمية ، من خلال الحصول على نتائج علمية يمكن اعتمادها كقواعد علمية تدعم الإرث المعرفي الخاص بهذا المجال.

أما من الناحية العملية ، فتتجسد فيما تقدمه من حلول عملية لزيادة فاعلية المؤسسة الإستشفائية في خدمة مراجعيها.

رابعا : أهداف الدراسة :

- 1- تهدف إلى إيجاد علاقة الحوافز بالجودة في مجال الخدمة الصحية.
- 2- تهدف إلى إيجاد علاقة الحوافز المادية بالجودة في مجال الخدمة الصحية.
- 3- تهدف إلى إيجاد علاقة الحوافز المعنوية بالجودة في مجال الخدمة الصحية

خامسا : أسباب إختيار الموضوع :

01- الذاتية :

● لقد تلقينا لفترة طويلة دروس ومحاضرات في علم الاجتماع ، ومن بين أهداف دراسة هذا العلم إستقراء الواقع والبحث في حلول علمية لمشكلات إجتماعية يعاني منها المجتمع ، وذلك بتقصي الحقائق وتحليل ما يحدث والوصول إلى التشخيص الدقيق الذي يؤدي إلى معرفة مكان الداء وبالتالي الوصول إلى حلول ناجعة أو على الأقل التقليل من حدة الضرر، وفتح الباب أمام الباحثين.

● لقد عملت لمدة تقترب من ثلاثة عقود في القطاع الصحي ، فوجدت نفسي أمام واجب يمليه علي ضميري بوضع هذه المعارف المتواضعة وبترشيد من ذوي الاختصاص ، قصد تحليل ومناقشة أحد أهم المعضلات سوسيو تنظيمية التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر.

● حادثة هذا الموضوع وحدثته إزاء الأوضاع الراهنة كان حافزا في إختياره.

● كوني عامل بهذا القطاع وبحكم إحتكاكي مع الفئات السوسيو- مهنية ، ومن خلال الملاحظات المتكررة للواقع المعيش داخل المصالح الإستشفائية ، إستدعى بي الأمر بمحاولة التقرب لمعرفة علاقة الحوافز بجودة الخدمة الصحية في المستشفيات.

● شهد القطاع في الآونة الأخيرة مجموعة من الإضطرابات والإحتجاجات قام بها الأفراد العاملين فيه ، وهذا للإستفادة من العلاوات وزيادة في الأجور، فدفع بنا الفضول المعرفي للتقرب من مدى أثر الحصول على تلك الحوافز على مستوى جودة الخدمة الصحية.

02- الموضوعية:

● دراسة ومناقشة إشكالية مطروحة من زاوية خاصة تتلاءم مع التخصص المدروس.

● محاولة ملامسة هذه الظاهرة سوسيولوجيا ، وفتح المجال لدراسات جديدة تنطلق من خلال هذه الدراسة.

● محاولة جلب إنتباه القائمين على هذا القطاع وخاصة مدراء ونواب ونقص بال ضبط المكلفين بإدارة الموارد البشرية لحل بعض معضلاته ، والرقى بمستوى خدماته ، وأيضا نشر ثقافة الجودة بين مقدمي الخدمات الصحية لكسب رضا المريض.

: تحديد المفاهيم :

في هذا العنصر نكتفي بصياغة التعاريف الإجرائية للمفهوم وترك التعاريف الاصطلاحية واللغوية في الفصول النظرية.

: تعرف على انها " عبارة عن مجموعة العوامل والوسائل والأساليب من الماديات ورفع المعنويات سلبية أو ايجابية ، جماعية أو فردية تختارها المنظمة بعناية فائقة من أجل خلق أو توجيه السلوك الإنساني لكي يساهم مساهمة فعالة في الرفع من جودة المنتج بأسرع وقت ممكن ودون خطأ ، ويحقق للعاملين حاجاتهم ودوافعهم المختلفة." الشيء الذي يعني أن التحفيز يعتمد على إشباع الحاجات الملحة وتنمية الرغبة في بذل الجهد لدى الأفراد العاملين كما يخدم أهداف المنظمة بزيادة الإنتاج كما و نوعا .

خدمة الصحية : "هي مجموع الخدمات التي تضعها الدولة من خلال منظمات عامة وخاصة للعناية بصحة مواطنيها سواء في قطاعها أو في قطاع خاص وهي تشمل المستشفيات والمستوصفات والمراكز الصحية والعيادات والصيدليات .

هذه الخدمات يقدمها أحد أفراد النسق الطبي للمجتمع عامة وأحيانا فرد من المجتمع . وتنتمثل الخدمات الصحية عموما في :

- خدمات وقائية :

- التلقيح الإجباري من الأمراض المعدية .
- التثقيف الصحي بغرض السلوكيات الصحية الصحيحة وتغيير النمط المعيشي السيئ وذلك بتوعية المجتمع بالأغذية الصحية الجيدة ، المياه الصالحة للشرب.
- بيئة خالية من التلوث (الإشعاعات النووية ...) .
- التربية الصحية والقضاء على الطرق العلاجية الخاطئة (المعتقدات الخاطئة ...) .

- خدمات علاجية : معالجة الأمراض بعد الفحوص المبكرة والتشخيص الصحيح فإذا استدعى الأمر إلحاق المريض بأحد المنظمات الصحية بتقديم الدواء اللازم لعلاجهِ والغذاء الجيد الملائم لحالته مع ضمان الخدمات الطبية المساعدة من التحاليل الطبية (تحاليل مخبرية والأشعة) وتوفير للمريض سبل الراحة وحسن معاملة النسق الطبي له لتساعده على إستعادة صحته .

-
- جودة الخدمة الصحية لدى الممرضين :** هي " الكفاءة الفنية وتعني المهارات والقدرات الفنية للأداء الفعلي الصحيح للممرض إتجاه المريض والذي يتسم إضافة إلى ذلك بـ :
- رغبة الممرض في تقديم الخدمة الصحية .
 - الإستقبال الجيد للمريض .
 - اللطف واللباقة في المعاملة مع المريض ومرافقيه .
 - معرفة حاجات المريض وتلبيتها في ساعتها .
 - ضمان الطمأنينة والأمان للمريض .
 - كسب ثقة المريض .
 - حسن المظهر .

: تعرفه منظمة الصحة العالمية OMS* على أنه " جزء لا يتجزأ من نظام إجتماعي وصحي متكامل من مهامه تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع من الناحيتين العلاجية والوقائية ، ويشمل عيادات خارجية يستطيع إيصال خدمات خدماتها للعائلة في موقعها الطبيعي كما أنه أيضا مركز لتدريب الكوادر الصحية ولإجراء البحوث الطبية والاجتماعية¹.

* منظمة الصحة العالمية (الفرنسية) (organisation mondiale de la santé) : هي وا
7 أبريل 1948. ومقرها الحالي في جنيف سويسرا، وتدير السيدة
مارغريت تشان .

: مشابهة :

- الدراسات العربية :

: عبد اللطيف مصلح عايض "دور القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم
التكنولوجية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه"، المجلة العربية لضمان جودة التعليم
الجامعي، مجلة الكترونية نصف سنوية تصدر بعمان، المجلد 06 11 2013.

* : جامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية .

* صياغة الإشكالية : ما هو دور القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم
والتكنولوجيا في دعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه ، و ما مستوى تطبيق هذا المفهوم

* منهجية الدراسة :

- المنهج : عتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي .

- الفرضيات :

- يوجد دور كبير للقيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم و التكنولوجيا في دعم إدارة
الجودة الشاملة فيه مقاسا بالمتوسط الحسابي و النسبة المئوية .

- يوجد مستوى أعلى من المتوسط لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى جامعة
العلوم و التكنولوجيا مقاسا بالمتوسط الحسابي و النسبة المئوية .

- توجد علاقة بين دور القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم و التكنولوجيا في
دعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، و مستوى تطبيقها في المستشفى .

- : جمع البيانات الميدانية من خلال استبانته تتكون من ثلاثة أجزاء ، يتمثل
الجزء الأول منها في البيانات الشخصية و الوظيفية ، أما الجزء الثاني فيتناول دور
القيادة الإدارية ، في حين يتضمن الجزء الثالث على تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- عينة الدراسة : مع الدراسة هو كل العاملين في المستشفى و قد تم اختيار العينة
طبقية لتشمل بذلك مختلف الفئات السوسيو مهنية العاملة في المستشفى .

تقييم الدراسة : لقد أشار جل العلماء و الباحثين و الكتاب على ضرورة توفر مجموعة
من المتطلبات لتبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة ، و تعتبر القيادة الإدارية أهم هذه
المتطلبات و على هذا النسق سارت الدراسة .

و نرى أن هذه الدراسة تمكنت من تحديد أهمية القيادة الإدارية ودعم تطبيق

أوجه التشابه و الإ :

في هذه الدراسة صيغت الإشكالية كالتالي، القيادة الإدارية في دعم تطبيق إ ج في حين في دراستنا صيغت علاقة الحوافز بالجودة .

أي المتغير المست يختلف نحن تناولنا الحوافز في حين صاحب الدراسة تناول القيادة الإدارية .

عينة الدراسة : نحن تناولنا الممرضين كمجتمع للدراسة في حين تناول الباحث كل ختلاف مهنتهم كمجتمع للدراسة .

هذه الدراسة قترحنا نموذج إ ج ش كمنهج لتسيير المستشفيات بالجزائر .

الدراسات المحلية :

01- كحيلة نبيلة " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية " رسالة ماجستير ، جامعة منتوري ، قسنطينة ، الجزائر ، 2009 .

: سسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل .

صياغة الإشكالية :

ما مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية الصديق بن يحيى بجيجل من جهة ذ ر ممارسي مهنة التمريض بها ؟

منهجية الدراسة :

المنهج : المنهج الوصفي

الفرضيات :

- يدرك ممارسو مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة مهمة .

- هناك وعي مرتفع لدى ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية الصديق بن يحيى بجيجل بالمزايا التي يحققها تطبيق إدارة الج .

- يدرك ممارسو مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعترضه معوقات .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك ممارسي مهنة التمريض لأهمية محاور تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد الصديق بن يحيى بجيجل .

: جمع البيانات الميدانية من خلال ستبانه تتألف من أربعة محاور ، يتمثل المحور الأول منها في البيانات الشخصية بينما المحور الثاني فيتعلق بمبادئ الجودة الشاملة ، و يحتوي المحور الثالث على متغيرات تتعلق بالمزايا التي تحققها تطبيق TQ M و يتعلق المحور الرابع بمعوقات تطبيق TQ M .

عينة الدراسة : يشمل مجتمع الدراسة جميع ممارسي مهنة التمريض .

تقييم الدراسة : لقد قامت هذه الدراسة على استقصاء الممرضين العاملين بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بجيجل حول

- TQ M

- مزايا TQ M

- تطبيق TQ M

حين نرى أن منهج TQM يعتمد على متطلبات يأتي على رأسها قناعة وتبني هذه الفلسفة من طرف الإدارة العليا كما رأينا ذلك مع .

أوجه التشابه و الإ :

لقد قامت دراستنا على عينة مشابهة لهذه الدراسة و هي ممارسي مهنة التمريض و لكن في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة .

في دراستنا قمنا باستقصاء هذه الفئة المهنية حول نظام الحوافز الذي توفره المؤسسة و الذي من خلاله يمكن معرفة مدى رضا هذه الفئة عن هذا النظام ، كما يمكننا معرفة بعض مؤشرات الجودة كون بعض الحوافز تحتوي ضمنيا مؤشرات الجودة ، و نذكر على سبيل المثال ظروف العمل ، فعندما لا تتوفر الظروف الملائمة لأداء العمل يعني انه سيكون خلل في الخدمة و بالتالي تدني مستوى الخدمات الصحية.

TQ M

أداء المؤسسة الصحية ككل .

02- : عتيق عائشة " جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية سعيدة" ، رسالة ماجستير جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، الجزائر 2012 .

صياغة الإشكالية :

صحية في المؤسسات العمومية الجزائرية و ما مدى

تأثيرها على المريض ؟

منهجية الدراسة :

المنهج : الوصفي التحليلي

الفرضيات :

- تؤثر جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية لولاية سعيدة تأثيرايجابيا على رضا المريض من ناحية بعد الإ .

- ————— من ناحية بعد الضمان .

- ستجابة ————— من ناحية بعد الملموسة .

- ستجابة ————— من ناحية بعد التعاطف .

: جمع البيانات الميدانية من خلال ستبانه .

عينة الدراسة : مجتمع الدراسة هو كل مرضى المقيمين .

تقييم الدراسة : لقد قامت هذه الدراسة على ستقصاء المرضى المقيمين بالمستشفى أي أنها قامت بـ ستقصاء الجمهور الخارجي للمستشفى و القيمين للاستشفاء داخل المستشفى و لم تراعي المرضى المترددين على هذا خدمات هذا القطاع ، و بالتالي يكون قياس رضا المرضى يشوبه بعض النقص ، و كان من الأجدر أن يقاس كل المرضى ، لكي يتم معرفة الفارق بين الجودة المدركة و المتوقعة ، وللإشارة فان المرضى غالبا يكونون غير قادرين على تقييم الخدمات الفنية و الطبية و تقديرها .

03- : عدمان مريزق " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة " كلية 2008 .

: ثلاث مؤسسات صحية عمومية ، متمثلة في المركز الإ
" المؤسسة الاستشفائية المتخصصة " علي آيت دي "
" الروبية " .

صياغة الإشكالية :

ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة ؟

منهج الدراسة :

المنهج : الوصفي التحليلي

الفرضيات :

- المريض غير راضي على الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية .
- تتمثل أهم العقبات التي تواجه الطاقم الشبه الطبي في ظروف العمل .
- يشكل نقص الوسائل أهم عائق يواجه الأطباء من جل تقديم خدمة ذات جودة .
- : جمع البيانات الميدانية من خلال ثلاثة ستيانانات .

عينة الدراسة : يتمثل مجتمع الدراسة في الجمهور الداخلي والخارجي أي تشمل
ضى والنسق الطبي رفقة الممرضين .

تقييم الدراسة : لقد حاول صاحب هذه الدراسة الإلمام بجميع جوانب قصور جودة
الخدمات الصحية المقدمة من طرف بعض المؤسسات الصحية، وقد شتملت عينة بحثه
جميع الفئات المتفاعلة بين المقدمين والمتلقين هذه الخدمة، وهذا بغية الوصول إلى
امن الخلل في المنظومة الصحية ، وعلى ذلك قد و إلى حد كبير بإبراز مواطن
الخلل في الخدمات المقدمة وصعوبة تطبيق نموذج TQM
ووسائل الخدمة الصحية .

أوجه الاختلاف والتشابه :

لقد ناقشنا بعض ما ناقشته هذه الدراسة ، من خلال ظروف العمل
تتدرج عندنا تحت المتغير المستقل الحوافز .

- نختلف معه :

- في عينة الدراسة .

- أن دراستنا أجريت في مستشفى الجلفة .

- ربطنا دراستنا بين متغيرين .

تمهيد :

تهدف الإدارة في المنظمات المتقدمة إلى تنمية العلاقات بين المنظمة والعاملين لضمان استمرار القوى العاملة بها خاصة ذوي المهارات والتخصصات الفنية وتنمية المبادأة والإبداع لدى الأفراد وإثارة الدوافع لديهم لبذل المزيد من الجهود والحصول على إنتاجية مرتفعة كما ونوعاً .

وللحصول على ذلك فعلى المنظمة أن تفكر في نوعية الحوافز التي تتناسب دوافع عاملها ، فقد تلجأ إلى المكافآت المادية كالأجور وقد تلجأ إلى المكافآت المعنوية ، كما قد يتم الجمع بين النوعين بنسب متفاوتة لتحقيق النظام التحفيزي الأنسب ، ذلك أن ضمان استمرار الأداء بأعلى قدر من الكفاءة والفعالية يعتبر احد المهام الأساسية لأي مسئول في المنظمة ، وحتى يتحقق ذلك يجب فهم الدوافع وتصرفات وأنماط وسلوك العاملين ومداخل التأثير عليها ، وبالتالي تحديد كيفية تحفيزهم بطريقة فعالة ، يترتب عليها تحقيق أهدافهم وأهداف المنظمة.

وقصد الإلمام بمختلف جوانب موضوع الحوافز اعتمدنا في هذا الفصل على :

- الحوافز : المفهوم – الأهمية.
- أنواع الحوافز.
- الفاعل كحافز في المنظمة.
- متطلبات نجاح نظام الحوافز
- نظريات الحوافز.

1 - الحوافز : المفهوم والأهمية :

1- مفهوم الحوافز

تعتبر الحوافز إحدى مقومات العمل في المنظمة والتي بدونها لا يمكن لأي منظمة أن تقوم بتحقيق كامل أهدافها ، فالحوافز هي الطريقة التي من خلالها تعبر المنظمة للعامل عن مدى تقديرها لأدائه المتميز وعمله المتقن ، وهي من إحدى الطرق التي تساعد على تحقيق أهدافها وذلك بجانب توافر الإمكانيات المادية وخبرة العاملين .

ولا يمكن للحوافز أن تحقق أهدافها إلا من خلال وجود آلية عمل نظام محدد لإدارتها بالشكل الأمثل مع توافر عنصر في غاية الأهمية ألا وهو المصادقية في تطبيق نظام الحوافز داخل المنظمة، وان يتم تقنين مثل هذه الحوافز ليتم منحها لأصحاب التميز في العمل ، على أن يكون على قدر العمل.

والمنظمة المتميزة فهي التي تقوم بعملية تقييم مستوى الحوافز ومدى فاعليتها بالنسبة للعامل وذلك من خلال التقييم الدوري المتميز لأداء جميع العاملين بها .

والواقع انه لا يكاد تخلو أية منظمة من وجود نظام أو برنامج محدد ومدرّس للحوافز وذلك ليساعد الموظفين على تقديم أفضل ما لديهم للعمل مما ينعكس بشكل ايجابي على تفعيل دور المنظمة داخل المجتمع وبالتالي تكون قادرة على تحقيق أهدافها.

كما تجدر الإشارة بان نظام الحوافز يختلف من منظمة إلى أخرى وذلك حسب طبيعة ودور كل منظمة داخل المجتمع غير أنها في النهاية لا تختلف عن كونها حوافز مادية وأخرى معنوية و ايجابية وأخرى سلبية ، حوافز فردية وأخرى جماعية كما أن هناك عدة طرق تتخذها كل منظمة على حدى لتوظيف هذه الحوافز للوصول بها إلى أقصى درجة من الاستفادة لكل من الفرد و المنظمة .

1-1- تعريف الحوافز :

الحوافز من حيث اللغة : حفزه ، دفعه من الخلف ورايته متحفزا أي مستعجل لا يمكن جلوسه في الأرض¹.

الحفز : حثك الشيء من خلفه ، سوقا وغير سوق، حفزه يحفز حفزا ، ويقال قوس حفوز : شديد الحفز والدفع للسهم وحفزه أي دفعه من خلفه ، و الليل يحفز النهار حفزا : يحثه على الليل و يسوقه ، والحفز: الحث والإعجال¹

وجاء في اللغة الأجنبية : الإنجليزية incentive أي يحث² يحرض incite وبالفرنسية stimules أي حث وأثار.

وترجمت في المعجم حوافز الإنتاج إلى stimulants de production .incentives³ production

- أما من حيث الاصطلاح : فقد تعددت التعاريف وأختلفت الآراء حول مفهوم الحوافز لتعدد وجهات نظر الباحثين ، وكذا لتعدد التناولات الاجتماعية والسلوكية والإدارية والنفسية والاقتصادية ، فقد عرفت في معجم المصطلحات العلوم الاجتماعية " الوسائل المختلفة التي تستخدمها الإدارة لحث العمال وتشجيعهم على زيادة الإنتاج وخفض تكاليفه بشكل أو بآخر وتحقيق أهداف المنشأة" هذا التعريف لم يتعرض لبعض خصائص الحوافز كأنواعها و أشكالها ولذلك إرتأينا أن نقوم بتجزئة التعريف الاصطلاحي للحوافز إلى أربعة أشكال حتى نلم بماهية الحوافز من كل الجوانب ونتفادى بذلك القصور والنقص في التعريف.

• الحوافز : من حيث الأثر والفعالية :

يعرفها (مرعي محمد مرعي) " مجموعة العوامل أو المؤثرات التي تدفع الفرد نحو بذل اكبر الجهود في عمله ، والابتعاد عن ارتكاب الأخطاء ، في مقابل حصوله على ما يضمن تحقيق رغباته وإشباع حاجته المتعددة ، تحقيق مشروعه وتطلعاته التي يسعى لبلوغها خلال عمله" ⁴

ويعرفها (الجودة) " مجموعة العوامل والمؤثرات التي تدفع العاملين أي كان موقعهم نحو بذل جهد اكبر للإقبال على تنفيذ مهامهم بجد وكفاءة لرفع مستوى العمل كما ونوعا" ⁵.

1	الدين	()	6	4	قاهرة:	2008
124.						
2		القاهرة:	2006	27		
3		الاجتماعية-انجليزية-	-	ير	:	1982
210 .						
4	فيز	وكيفية تفعيله			القاهرة :	
5	العربية	ممة العربية	2003	2	:	العربية الإدارية 2000 5

• الحوافز: من حيث النوع :

يعرفها (عبد الفتاح المغربي)"على أنها مجموعة الأدوات والوسائل التي تسعى المنظمة لتوفيرها للعاملين بها، سواء كانت مادية أو معنوية ، فردية أو جماعية ايجابية أو سلبية ، بهدف إشباع الحاجات والرغبات الإنسانية من ناحية وتحقيق الفعالية المنشودة من ناحية أخرى ، وذلك بمراعاة الظروف البيئية المحيطة"¹.

ويعرفها(الشنوني)" مجموعة القيم المادية والمعنوية الممنوحة للأفراد العاملين في قطاع معين والتي تشبع لديهم حاجة وتدفعهم إلى سلوك معين"².

• الحوافز : من حيث الوسيلة :

يعرفه (sexton) أنها الوسيلة التي يتم إستمالة فرد لعمل فعل يقود لإشباع حاجاته ولتحقيق أهداف المحفز، فالتحفيز كما يتضح من تعريفه هو علاقة بين محفز ومحفز ، ومن ثم لا يتم التحفيز إلا بفعل فاعل³.

ويعرفها (على السلمي) " شيء خارجي يوجد في المجتمع أو البيئة المحيطة بالشخص تجذب إليها الفرد باعتبارها وسائل لإشباع حاجاته التي يشعر بها"⁴.

• الحوافز : من حيث الهدف والنتيجة :

يعرفها (شاويش) " فرص أو وسائل (مكافأة ، علاوة ،... الخ) توفرها إدارة المنظمة أمام الأفراد العاملين ، لتثير بهم رغباتهم وتخلق لديهم الدافع من اجل السعي للحصول عليها عن طريق الجهد ، والعمل المنتج ، والسلوك السليم ، وذلك لإشباع حاجاتهم التي يحسون ويشعرون بها والتي تحتاج إلى إشباع"⁵.

ويعرفها(المسوي) "كل الوسائل والعوامل التي يكون من شأنها حث الموظفين والعمال على أداء واجباتهم بجد وإخلاص وتشجيعهم على بذل اكبر جهد وعناية في أداء هذه الواجبات ومكافأتهم على ما يبذلوه فعلا من جهد زائد عن المعدل في مجال الإنتاج والخدمات".

1	الحميد	الاتجاهات الحديثة	البشرية
1	:	العصرية 2009 365	
2		الإنسانية القاهرة :	العصرية 420
3	لمين	" تحسين	البشرية" كلية العلوم
4	الاقتصادية،	البلدية 2012 82	
5	نجيب شاويش،	الإنتاجية القاهرة :	غريب 1985 214
		البشرية وتأثيرات	عليها 1
	229.		2004

2- أهمية الحوافز :

- أهمية الحوافز على مستوى الفرد:

- 1- الإعتراف بقيمة ما ينجزه الفرد وإشباع حاجته للتقدير طالما أن العمل السيء سريعا ما ينال صاحبه الجزاء الرادع من التأنيب والتوبيخ والخصم أحيانا والفصل أحيانا. يجب الإعتراف بحق لمن بذل الجهد وأتقن العمل وأخلص فيه بتشجيعه وحثه على الإستمرار بما يمكنه من الإبداع والحرص على الدوام التقدم والنمو.
- 2- أداة التغذية المرتدة يسعى معظم الأفراد إلى الوقوف على نتائج أفعالهم ورد فعل الغير تجاهها ، إستجابة برغبتهم في معرفة المعلومات والبيانات عن أدائهم ، وإشباعا لغرائزهم في حب الإستطلاع .
- 3- الدعم المالي : يمثل الدعم المالي أهمية كبيرة لمعظم الأفراد فالتعويض المالي يحتل مكانة كبيرة في جو العمل حتى يتمكن الفرد من إشباع حاجتهم المادية.
- 4- زيادة مستوى الرضا العامل عن عمله نتيجة إشباع الحوافز لحاجته ورغبته ومن ثم العمل جاهدا على إشباع حاجات ورغبات رفع المستوى رضاء العميل الخارجي للمنظمة.
- 5- تحمل المسؤولية : يعد تحمل المسؤولية من العوامل البارزة ذات الأثر الكبير في إنجاز الأعمال وتحقيق الأهداف فالإلتزام عنصر جوهري من عناصر تكوين الشخصية والأفراد يبحثون عن المكانة الإجتماعية والدور الفعال والإحساس بالفخر وكلها متغيرات لا تبدو واضحة دون تحمل المسؤولية .

- أهمية الحوافز على مستوى الجماعات :

- 1- إثارة حماس الجماعات وتشجيع المنافسة فيما بين أفراد الجماعة يجب على الأفراد إثبات ذاتهم ومن هنا يحدث التحدي.
- 2- تنمية روح المشاركة والتعاون : تؤدي الحوافز الجماعية إلى تكاثف الجماعة لتحقيق المعايير المطلوبة للحصول عليها كما تسمح المشاركة لإفراد الجماعة من إتخاذ القرارات بتقبلهم وتفاعلهم لتنفيذها وشعورهم بالأهمية لإقتناع الإدارة بآرائهم ووجهات نظرهم .

3- تنمية المهارات فيما بين أفراد الجماعة : تشجع الحوافز الجماعية ذوي المهارات العالية من نقل المهارات إلى زملائهم مما يزيد من فرص التنمية والتدريب أثناء العمل.

4- شعور العاملين بالعدالة والمساواة داخل المنظمة .

5- زيادة ولاء وإنتماء العمال للمنظمة ، وكنتيجة زيادة مستويات ولاء وإنتماء العميل للمنظمة .

- أهمية الحوافز على مستوى المنظمة :

1- التكيف مع متطلبات البيئة الداخلية والخارجية : تساهم الحوافز في الاستجابة لتأثير الضغوط المحيطة بالمنظمة في النواحي الإقتصادية والإجتماعية والتكنولوجية والحكومية رغم ما يتطلب من المنظمة إبتكار الطرق والوسائل الحديثة لتسحين إنتاجها والحفاظ على مكانتها ، هنا يستدعي بدوره الإستقلال الأمثل للموارد المادية والبشرية .

2- التكامل والترابط بين نشاط التحفيز وأنشطة الموارد البشرية المختلفة : ومنها التخطيط للموارد البشرية وتحليل الوظائف والاستقطاب والاختبار والتعيين والتدريب والتنمية وتقييم الأداء والأجور والمنافع والخدمات والترقيات ...وتؤثر هذه الأنشطة مجتمعة على النتائج المتوقعة على مستوى المنظمة.

3- تهيئة المناخ التنظيمي المناسب حتى تساهم الحوافز في تحقيق جو من الرضا عن العمل لدى الأفراد مما يدفعهم للحرص على المصلحة العامة والسعي لزيادة الإنتاجية وتحقيق أهداف المنظمة.

4- تؤدي الحوافز إلى التخلص من بعض المشاكل التنظيمية ، كالتغيب ودوران العمل والتأخر وزيادة ساعات إضافية.

5- تساعد في تغذية المنظمة بالأفراد ذوي المهارات العالية بجانب مساهمتها في المحتفظة الموجودة ، وتشجيع الإبداع والابتكار .

3- العلاقة بين الحوافز و الدوافع :

أ- **الحافز** : الحوافز هي مجموعة من الأساليب والوسائل التي تستخدم في إثارة دوافع الفرد ، وبالتالي في تحديد محتواه و شكله وسلوكه وذلك بآتاحة الفرص أمام الحاجات التي تحرك دوافعه.

الدوافع هي قوى تتحرك داخل النفس وتوجه السلوك بهدف إشباع حاجة داخلية تحتل الأسبقية من حيث الإلحاح ، أو أنه ذو طبيعة شخصية متفاوتة من فرد إلى آخر.

فالإنسان دائماً يستجيب للمؤثرات الداخلية أو الخارجية والتي تؤدي بالتالي إلى رفع مستواه وخفضه ، فإن معرفة الدافع ليكفي إذ لم يحقق الإشباع المطلوب ، ويحقق بالتالي الإشباع عن طريق معرفة الحوافز التي تضعها الإدارة للعاملين لديها ويشترط في تلك الحوافز أن تكون متوافقة مع متطلبات الأفراد، بمعنى أن تكون تلك الحوافز إيجابية وتحقق أهداف من وضعها وذلك بدفع الأفراد إلى العمل نتفاني من خلال الرفع من سقف المنتج وصورته، فالإنجاز يتحقق وفق المعادلة التالية:

$$\text{الإنجاز} = \text{الرغبة} \times \text{القدرة}$$

والقدرة تأتي عن طريق التعليم والتدريب والخبرة في مجال معين ، والرغبة تأتي عن طريق الدافعية والتحفيز ،ولهذا نجد أن النظام الإداري الحديث يولي اهتماماً كبيراً لتحفيز الأفراد بغية استخراج أقصى ما عندهم من طاقات كامنة شريطة أن يتوافق ذلك التحفيز بما تتضمنه دوافع عملية.

وفي الأخير فإننا نرى مما تقدم ما رآه (عويصات) في كون الدوافع هي محركات داخلية للسلوك وهي بالتالي تختلف عن الحوافز التي تعتبر عوامل خارجية و تشير إلى المكافآت التي يتوقعها الفرد من أدائه للعمل، والتي يمكن أن تكون حوافز مادية تتصل بالمنافع المادية ،أو حوافز معنوية¹.

ب- **الدافع (Motif،Motive) :** نقوم بتقديم تعاريف للدافع حتى ندفع اللبس الحادث بينه وبين الحافز فيتعرف الدافع: " هو حالة داخلية تشحن (تولد شحنة)، تنشط أو تحرك وتقود وتوجه السلوك نحو أهداف، هذه القوة الداخلية المحركة هي (الدافع)"²

¹ الدين العويصات، التنظيم والتطوير : هومة 2003 12
² ي البشرية 1 : 344 2007

وتعرف " على أنها حالة داخلية جسمية أو نفسية أو فكرية تثير السلوك في ظروف معينة وتواصله حتى تصل إلى غايتها"¹ وتعرفها راوية حسن " هي مجموعة من القوى الكامنة داخل الفرد والتي توجه وتدفع الفرد للتصرف بطريقة معينة.

ولقد لخص محمد مسلم تعريفات الدوافع²:

- إن الدافع هو الذي يحرك الإنسان للقيام بفعل ما.
- إن الدافع هو الذي يحث الإنسان على إنتاج حركة ما.
- إن الدافع يعد القوة الداخلية التي تبعث على النشاط.
- أما الدافع في مجال العمل خصوصاً فإن الدافع يعتبر الحاجة إلى مقارنة الفرد لنتائجه مع معايير الأداء قصد تحسينه.
- كما أن الدافع يمثل الحاجة إلى شعور بأهمية وبضرورة العمل الذي يقوم به الإنسان.
- زيادة على أن الدافع حاجة الفرد الماسة للشعور بأن عمله سيؤدي به فعلاً إلى وضعية مستقبلية جيدة، وهنا تكمن الحاجة إلى تحقيق الذات من خلال العمل.

ج- الحاجة (Besoin،Need) : يشير مفهوم الحاجة إلى الأشياء الضرورية لبقاء الإنسان على قيد الحياة ، وعادة ما تتم مقابله بالرغبات، حيث تشير الرغبات إلى تلك الأشياء التي تشتهيها النفس من حيث الحاجات فهي تلك الضروريات، لكي هذا المفهوم: العصر الحديث ازداد اتساعاً، إذا أصبح يتداول إلى الحاجات إلى الحب والرعاية والحاجة إلى التعليم والصحة والحاجة إلى الرضا، وأصبح ينظر إليه نظرة تدرجية فعندما تشبع حاجة يمر الإنسان إلى إشباع الحاجة التي تليها في الأولوية كالأكل والشرب ثم الملبس ثم المسكن ثم العمل وقد اختلف في تحديد لها تعريف تعريف على ضوء معايير سببية أو تعريف على ضوء معايير مطلقة.

قدم لويا وجابر تعريفا للحاجة نراه شاملاً ومناسباً: " الحاجة هي حالة من النقص والافتقار أو الاضطراب الجسدي والنفسي وعدم إشباعها يثير لدى الفرد نوعاً من

¹ الدين لوكيا الهاشمي، مفاهيم أساسية : الهدى، 2006

25.

² : 1 2007 52.

التوتر والضيق ولا يزول حتى يتم إشباع الحاجة وتتوقف كثير من خصائص الشخصية على حاجات الفرد ومدى إشباعها"¹.

د- الرغبة (désire،désir) : عرفت الرغبة " على أنها مصطلح عام يدل على الاشتها مع الشعور واضح بموضوعه"²، وعرفت أيضا على أنها " النزوع التلقائي إلى غاية معلومة أو متخيلة".

وقد عرفت أيضا على أنها "الميل نحو شخص أو شيء معين، والرغبة لا تنشأ من حالة نقص أو افتقار كما هو الحال في الحاجة، بل تنشأ من تفكير أو إدراك الأشياء المرغوبة، والحاجة تستهدف تجنب الألم والتوتر في حين أن الرغبة تستهدف التماس اللذة"³، والرغبة أنواع كثير منها ما هو مدرك ومنها ما هو غير مدرك فقديما قال أفلاطون إننا على مائدة الإفطار نرغب دائما فيما هي مفقود عليها ومن الرغبات التي دائما يطمح لها الإنسان هي الرغبة في الخلود في الدنيا، والرغبة في الكشف عن الغد، ومن الرغبات التي يحاكيا دائما بنو البشر نذكر:

- الرغبة في الأكل وإصطلاحها الشراهة Gourmandise
- الرغبة في الجيد وإصطلاحها الشهوة La luxure
- الرغبة من المال وإصطلاحها الطمع La cupidité
- الرغبة في القوة وإصطلاحها الطموح L'ambition
- الرغبة في الفخر والتعالي وإصطلاحها الإفتخار L'orguit

ه- الغريزة (Instinct): وهي كلمة لاتينية تعني الدافع الحيوي الأصلي لنشاط الكائن الحي حفظا لبقائه وإشباعا لحاجاته وتوصف الغريزة أولا بأنها نوعية أي واحدة بالنسبة لجميع أفراد النوع من جنس واحد، وثانيا بأنها فطرية ومستقلة عن التجربة ثالثا أنها عمياء تجهل الغرض الذي تحققه"⁴.

1	الدين	الهاشمي لوكيا	29.	العربية	2003	44.
2	مرهف	التربية	1 سوريا:			
3	الدين	اله لوكيا،	26			
4			220.			

وقد عرفها (ماكدوغال) على أنها "استعداد فطري نفسي يحمل الكائن الحي على الانتباه إلى مثير معين يدركه إدراكا حسيا ويشعر بانفعال خاص عند إدراكه".

وقد صنف ماكدوغال الغرائز إلى :

- غرائز فردية: كغريزة البحث عن الطعام، وغريزة التملك....
- غرائز اجتماعية: كالغرائز الجنسية¹.

II - أنواع الحوافز

1 - وقسمت الحوافز من حيث الأطراف ذات العلاقة أو المستفيدون إلى :

1-1- الحوافز الجماعية : يستخدم الأسلوب الحوافز الجماعية من أجل الحفاظ على روح الفريق الذي من مميزاته التناسق والتفاهم والابتعاد عن الصراع بين أعضائه وهذا يؤدي إلى الأداء الجيد ، ويهدف هذا النوع إلى:

ا - تشجيع روح الفريق وتعزيز التعاون بين العاملين وتقوية الروابط بينهم .

ب- عندما يصعب على المنظمة معرفة الأداء الفردي فإنها تقوم بتقييم الأداء الجماعي.

ج - إبعاد روح التنافس والذي يؤدي في أحيان كثيرة إلى التناقض بين أعضاء الفريق الواحد.

د - تحقيق أداء أفضل بمساهمة الجميع ، فإذا تباطأ أحد أفراد الجماعة أو كان أدائه غير جيد فإنه يؤثر على أداء المجموعة ، ولذلك ستدفعه المجموعة إلى تحسين أدائه¹.

هـ - تقريب التنظيم غير رسمي من الإدارة.

ولكن يلاحظ على هذا النوع من التحفيز تفشي ظاهرة الاتكال أو تخاذل بعض الأفراد في العمل ويتحصلون على المكافأة الجماعية ، وهذا الأمر قد يؤدي بالذين يتفانون في العمل إلى التخاذل ، ولذلك يمكن للإدارة من أجل تحقيق التنافس الفردي الايجابي وروح الفريق في آن واحد أن تستعمل الأسلوبين معا ولا تقتصر على أسلوب واحد²

1-2- الحوافز الفردية : هي

المنظمة ومن أهم مزاياها الفرد يمكن يلمس العلاقة بين

3.

تحقيق الفردية عنها فيجب شرطين هما :

1 - الدين البشرية 1 : 2011 144

2 - القريوتي 4 : 2009 277

3 - " فته الوظيفي " ، التنمية البشرية والتطوير

-

عاليا وجيدا يزداد

.

-

معينة يشعر

إشباعها

يستطع

فانه يفقد قدرته التحفيزية

شبه

.

الفردية موجهة وليس
بين العاملين سعيا لتحقيق
الفردية سلبيات الفريق
بينهم
ويكت
1

يغابي
شأنها زيادة

وليس

جوه ر عملية

الفريق

المستويات

يضر بالعملية الإنتاجية

-2 حيث أثرها :

-1-2

يجابية : وهي

ايغابي

طريق تشجيعهم للقيام

بزيادة المزايا

معينة

المغرية حاجاتهم.

الايغابي له

تقوية بين

يحق

متميزا وجيدا يؤدي

تحقيق مزيد

وهذه

قيام

الايغابية تأثير ينبغي:

السليم

تستطيع تهئ

-

وأدائه

الأه

2-2- السلبية :

هي
والتخويف وهذا
تجعلهم يقومون
هو صحيح
حيث
يكون
التأديبي
يأخذ
مادية
الترقية
المهمل
العاملين
.

هذه
سلبية
يتضمنها
يسمى
التأديب
ويتوجب علينا
هذا
لمفهوم
همة
.

2-2-1- تعريف :

يعرفها (عقيد)

السلوكيات
العالمين
يعمل بها¹.
سير
بها وتوجيه
يخدم

ويعرفها (شاويش)
يجب
العاملين
ارتكابها
تأديتهم لأعمالهم
ينص
يرتكب آيا
هذه
"²

2-2-2 - أهمية السلبية :

وفيها
تأديبي
:

- التنبيه
الأساسية
العاملين
.

- التنبيه
تحسين
عليه
يعوق عليه
الايجابية المادية والمعنوية.
يتأثر
تنظيم سير
.

¹ - عقيلي
البشرية
استراتيجي
1 :
2005

² - نجيب شاويش
213

- العاملين. الهدر والاستهتار
- :
- العاملين.
- العاملين بعضهم .
- المرؤوسين المرؤوسين .
- السلبية يعني يسودها
بهدف المعيب العاملين يجب هذا
المعيب حدوثه.
- 3-2-2 :
رئيسية:
- معنوية :
هذا
التأنيب الشفهي
إنها توجه شفاهة الرئيس
- كتابية :
به فيوجه
إليها
يصل
تعويض.
- مالية :
هذه راتبه
ارتكبه .
- أدبية :
تأجيل
استحقاقها
- .

4-2-2-

يجب مراعاتها تطبيق السلبية :

يرى
فهناك يمكن وتشجيعه
الطريق يجب تصرفاته ودفعه عمله
السلبية يخصم راتبه الشهري يتم توجيه إليه
هذا أساليب يجب
- يكون ارتكبه يجوز
كبير ارتكابه بسيطاً.
- يجوز
ينبغي
ذاته
راتبه نفسه
يكون له
- يتم
عليه زملائه.
- يجب
منحهم الحرية لاستخدامها لأتفه
استخدامها الهدف اجله.
هذا السلبية

3- حيث مادية معنوية :

1-3 - المادية :

هو
الأساسية
المادية أهم
له 2.
فهى
المادية
بالنتيجة
هذا الذين يرون
صحيح
والتقدير مهمان
الأهمية
(هارولد ليفيت) أهمية
وتتميز
والفورية
لها يقول
المعنوية : هذه
مهمة

الناحية النفسية
رمزية

هي بها مهمة
1.

الناحية الاقتصادية، فهي

هذه
فهنالك: مادية

صورها

المادية غير
الهدية

ويجب نشر
يشبع الحياة
كماليات الحياة

الرئيسية
والتعليم
كبير ويتمثل
يقوم به

نه
يعتمد
يتقاضاه

عليه
الطرفين
هناك
جهود

والموظفين

1- مفهوم :

مفهوم
التالية2.

هو عليه
هذا

* : يعطي
مفهوم
وليس

وهذا
حياة
بهدف

* : ظهر
هذه
رقيق
يقومون بفلاحتها
يسمح لهم

منحهم
الحماية
الأمير

SERF وأجرهم يتمثل
منها ويوفر لهم
خرين

1 - شفيق السلوكية بيروت : 2002 34.
2 - القاهرة : غريب 271.
272.

* **الحرفيين :** هذه **ظهر الحرفيون والذين يمتلكون** **يعملون بها ويقوم الحرفيون** **بيعها** **هذا** **الحرية** **النظاميين سابقين** **نه** **يكن** **يسمح** **معمله** **شيخ** **وصنعها**

* **الحديث :** حيث **العاملين** **كوسيلة لتقدير** **يعد** **يمتلك** **ي** **الناحية القانونية** **يتحكم** **جهد** **يتعاقد عليه ويدفع** **له** **الناحية القانونية أيضا** **يعمل** **يعمل** **يتفق** **رغبته** **وقبوله** **كبرى**

1-2- تعريف : البداية تعريف

1

- يعرف () بأنه : " يحصل عليه **نظير** **يبذله** **جهود** **عملية** **هذا الجهد بدنيا** **عقليا** **ويعتبر** **الرأسماليون** **يحدده**

- ويعرف () بأنه " نصيب العاملين **عنها تعبيراً نقدياً** **منهم** **العملية الإنتاجية** **ليس** **حيث الملكية** **هذا** **وحيث يتعاون الجميع** **طريق توفير** **معيشة** **ينظر** **أنها**

- ويعرفها () " هو **يستحقه** **يتم بينهما** **تعرضه** **تنفيذ** **يكلف به** **بين** **التشريعات** **2."**

1 - زيدان المهني القاهرة : 100
2 - الدين البشرية : الجامعية 2000 334

- الكثير التشريعات العمالية تعريف ديد 11/90 سيما ويتقاضى 80 منه " بموجبه يتناسب " ليواصل هذا يلي: 81 " يفهم
- التصنيف المهني الهيئة .
- التعويضات قديمة الإضافة لاسيما في الليل .
- بآنتاجية ونتائج1
- هذا يربط له كتعويض يفيده تعويض به تعويض تكميلي يرت والكيف .
- نشير أهم المفاهيم 2 :
- : وهو يحصل عليه وهو يصرف شهريا
- : وهو يحصل عليه وهو يصرف يوميا أسبوعيا انه اللفظين ين كليهما هو القيمة الوظيفية يشغلها .
- : هو يستلمه يده والتأمينات هو .
- : هو يستحقه عمله .

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة العمل ، مرسوم رقم 11/90

الجريدة الرسمية 01 ، الصادرة بتاريخ 21 افريل 1990 .

² - البشرية ،

3-1- أهمية :

3-1 - أهمية :
الرئيسي :
العاملين وهي :
خدماتهم واحتياجاتهم المالية يستطيع يوفرها لنفسه أسرته
ويعد التقدير لمهارات ومؤهلات
الاجتماعية حيث
مالية إمكانية عالية يحققه
زيادة كفاءته طريق تحسين مؤهلاته الشخصية ومساهمته
هذه الإمكانيات .

3-1 - أهمية :

هاما
طبيعة نشاطها اعتمادها
عمليات التشغيل فهناك
منها
فهاك
.

يجب
يعتبر
تقليل هامش
تقليص أصولها أرصدها العاملين.
يساعد

المبيعات
للمساهمين استثماراتهم وأيضا توفير للعاملين
يمكن
لهم

3-1 - أهمية :

الشرائية
يمكن
أهم
للخزينة يمكن
المداخيل يساهم
بتوفير الرعاية الطبية
خيل
وتحسين
تشفيات
المعيشي
....

-4-1

:

- يتكون : جزأين، يدفع ويرتبط قيمته
- يدفع : السنة حسب دفع الأجور المشروع وحسب طبيعة العمل الذي يؤدي بالعمال المؤقتين الذين يؤدون لهم مستحقاتهم يوميا نهاية لهم نهاية شهر .
- ويبقى نشير بتنظيم يجب يتشكل :

*

: وهو

- حيث بعين المعيشي ويتزايد
- بتزايد الاستهلاكية.

*

: يمنح

- الاستدلالية
- الاستدلالية والزيادة
- والمسؤولية والجهد
- جميع ويزداد بزيادة التأهيل

* التعويضات

:

التعويضات تفرضها طبيعة يذكر منها

- تعويض قديمة .

- تعويض .

- تعويض .

- العائلية.

- :

لعمالها إضافية :

- التشجيعي ي نتيجة لتحقيق

- التشجيعية يحققها .
- الإضافية الإضافية طبيعة
- عمله زيادة .
- نتيجة معينة بطبيعة
- تدفعها سنويا نتيجة لتحقيق

- الشهرية : يستقطع دخله
التأمينات الاجتماعية نتيجة الغياب.

ثانيا: علاوات مادية أخرى :

1-التأمينات الاجتماعية : يعد التأمين من احد الحوافز الهامة لجلب واستقطاب الموظفين تفرض بعض التشريعات العمالية على أرباب العمل بان يساهم شهريا بحصة تمثل بنسبة مئوية ويشتتر العامل بالباقي 1 . ويعتبر في الجزائر التأمين الاجتماعي إجباري . يقوم التأمين هذه اجية
تحصيل الاشتراكات المقدمة طرف المؤمن والتى يعاد صرفها
أنواع والتعويضات المباشرة والغير المباشرة وقد عرف بلا
نشار (BILLANCHARD) "التأمين على انه النظام الذي يتوفر فيه العناصر التالية:

- - الإجبارية التأمين.
- تكاليف التأمين.
- قيام "
- أيضا انه " تأمين يهدف توفير الحماية المادية
الضعيفة تعرضهم ليس قدرتهم تحملها

وصولهم

- الشيخوخة¹ ويغطي العديد :
- * : بتقديم العناية الطبية الوقائية والعلاجية عائلته والذين كفالاته.
 - * : بتقديم العناية الطبية أشهر.
 - * : يدفع تعويض نهاية يساوي يستحق خدماته والتعويض، وهناك نوعين
- :
- : يكون التعويض اليوم يلي تاريخ التوقيف
 - : ظهر () يستفيد
يشخصها الطبيب
- * : بتقديم مادية
فانه يستفيد
الشهري الأخير شهرية تاريخ .
- 12
- %75 يكن له
 - %50 %30 .
 - %50 %40 يقسم بينهم.
 - يقسم بين .
- 2- المزايا العينية : تكاليف
- للعاملين :

-1-2

:

الزيادات الدورية
مساهمتهم يقدمونها
زمنية زيادة راتبه
الشروطين التاليين 1 :

* ين الماضية
وظائفه زمنية
عمله فيها وهي
أدائه

* الزمنية الدورية أشهر

- دودية : هي نقدية تمنحها دوريا
نظير المجهودات يبذلونها عاملها ونظير أدائهم المتميز
منتجاتهم يؤدي العمل وازدهار .

مهما نشاطها

هذه طريقة التقييم

الاتفاقيات الجماعية

.

❖ 2 : ليس ذاته

يشكلون فريق

جهودهم .

وسلوكلهم والتزامهم هو منهم وبفاعلية
الجماعي بهدف تدعيم التعاون وعمل الفريق، وحيث يعرف الجميع أنهم كلما
تعاونوا نجاز المطلوب الفريق تعويضهم وتتميز هذه الطريقة بأنها
وسيلة يمكن بواسطتها تنمية الجماعة والفريق وتنمية المسؤولية
الجماعية بين العاملين وتدفعهم تحقيق المعايير فيه
صالحهم .

❖ - علاوة المردود فردي 1 : تمنح هذه بعينة له على مجهوداته وسلوكه في العمل الموكل إليه ، ويتم منح هذه المكافأة وفق المعايير يلتزم بها :

- نوعية وكمية .

-

- (والتعليمات)

-

-

-

- علاوات مادية غير مباشرة :

- :

وهي مزايا مادية	يتم	فيه	مادية	يحصل
يتم	فيه		انه يستحق خلالها	
هذا			ينتقل فيه	
			ويجب تعويض عنه	
ويتمد	تبرير		والغسيل	
وتغيير	.			
وتميل	أفرادها	سنوية	تحديد	
مدتها		التنظيمي	قدمية	
تشريعات		إمكانية ترحيل	يتم	
عليها	2.			

انه يجب	نشير	تشريعات	تعويض	ماديا
يعمل	إجازته	ويتم تعويضه	.	

¹ - القيريو تي : 4 : 2009 279
² - ماهر البشرية : : 2007 376

راتبا أجرا كاملا لعمالها خلال فترة مرضهم ونقاهاهم
الصحية
زمنية معينة
القوانين الحكومية

- الاجتماعية:

الاجتماعية جميع الأعمال والانجازات التي تساهم تحسين
وتطوير معيشة الموظفين والعمال ماديا ومعنويا طريق تكملة لأجر العمل
تقدم شكل مجال والسكن وبعض ضروريات المعيشة
والثقافة والتسلية وبصفة عامة جميع التدابير الاجتماعية التي
تستهدف الحياة اليومية للموظف عامل وأسرته لتمكينه الترفيه ورفع
المعنوية تنمية لديه تحسين إنتاجه
الوظيفي¹.

:

بعض بتوفير خدمات نقل مجانا بأجور رمزية للعاملين
خاصة المستويات الدنيا وكذلك العليا لخدمات النقل
العاملين يشجع هذه الخدمة قبل وفي
التالية.

- لأنها نائية وبعيدة

- حيث
لكونها العاملین الكفاية
النامية.

- قوانين توفير هذه وهو تفعله قوانين
النامية.

لهذه يثمن هذه كونها
يثمن هذه كونها
التزامهم
يفضل هذه الخدمة الدخول
تكاليف سيارة .
المواعيد وتكاليف
عليهم
يقيد حريتهم
والذين يستطيعون متلاك

¹ - يزيد الوليد الحديثة البشرية 1 : الراية 2008. 209

للقائدات الإدارية العليا فهذه	1	سيارة فاخرة وسائق	وقد تسمح له	وليس	.
للهذه الخدمة هو حاجة	يعتبر	هذه	لانتقال لإغراض العمل وكذلك لكونه	توفير	توفرها لقائدات
ويمكن	تغطية تكاليف	تكاليف	جديد ينتقل إليها	أمتعته	الجديد
مدينة	تكاليف	وأسرته وأحيانا	مدينته		
-	2:	بتوفير	للعاملين،	تقديم هذه	الضرورية
تطالبهم بلباسها	قوانين	توفرها	لعمالها		العمالية المستهدفة
وحيث	يكون	توفير	بتصاميم	بسها	بأجهزة
معينة					يعرض
	للعاملين	عملهم يستلزم	رسميا	الزيت	لكونه يتعامل
هو	والعسكريين	والمرضين.			
توفير	كبير				
للعاملين الذين تريدهم	يظهروا	بمظهر	هو	رواتبهم لتغطية	
للمذيعين والممثلين والناطقين					
تكاليف	والتسريحات	يتطلبها عملهم			
عاملها	مالية لتغطية هذه التكاليف.				
هـ -	غذائية :	بتوفير	غذائية مجانية	النامية حيث	رمزية للعاملين ويشيع
	للعاملين	هذه	حالتين	المستويات الدنيا	

وهناك الكثير	قوانين	توفير	غذائية صحية
اليوم وهناك	للعاملين أيضا	هو	اعتياديا للمستشفيات
وهناك طريقة أخرى شائعة لتقديم	رمزية وبسيطة،	هي قامة	لمطعم يقدم الخدمة
لعماله	تقيم	مجانبة يكون	العاملين
وهذه	أيضا	بها	كبير وفيها
عملهم	طويلة	تحديد	يبقى
	لهم هذه	1.	
- هدايا عينية الأعياد :		بتقديم هدايا نوعية أحيانا	الأعياد المهمة
تقيم أيضا	هذه الأعياد	تتمكين العاملين وأسرهم	بالعيد
	تقليدا	العيد عليهم	
:	ية :	المادية	البشرية
أهم التغيرات	بتصميم	السيطرة	
أعمالها	طبيعة هذه	يمكن	بها
المحيطة بها	توفير	الحماية الكفيلة	المناخية والنفسية
وأثارها السلبية	التخفيف	وإيجاد بيئة سليمة	هذه
تعرضها			
	المادية	التهوية	
	الصحيح	2.	

1- توفير	لجيدة : توفير	الجيدة يتطلب تصميم	سليم لها يقوم
به	يدرسون	معينة	فهناك
	شديدة		الدقيقة

¹ - يزيد وليد
² - عقيلي

ويحمي العينين

الجيدة يزيد

الإرهاق

2- توفير

: أهمية توفير

ينشأ طبيعة عملها

عالية.

هذه

صيف

هذه الأهمية

تلطيف

توفير

المركزية لحامية العاملين

التبريد

.

3- تنظيم

:

فيه

يعمل ومهما

نوعية

وطبيعة

يمارسه)

ذهنيا

عضليا) فهو

الرسمية ليرتاح وليجدد نشاطه فالإرهاق

طبيا

يعرضان

نتيجة

الإرهاق الذهني

يقال

المديرين

العديد

صدرية يذهب ضحيتهما

يعرض

فالإجهاد

العضلية

الذهنية يقال أيضا

صاحبه

فسيولوجية

الظهر

ينصح

طبيعة

ويحدد

حماية العاملين وتوفير

طبيعة

ومدتها الزمنية

لهم.

4- ترتيب

: يكون

نظيفا وخاليا

بحرية

جيدة

العمليات الإنتاجية

مطلية

زاهية

مريحة

زيادة

النهاية

يؤثر

فيه

يجعل نفسية

مقدرته

فيه

ويحميه

نفسه

ترتيبه.

أیضا ضيق

...

5- الضجيج : يتم به

:

-
-
- تصميم يتوافق والضجيج.
- التشغيل.

6- تنقية الهواء : الهواء المعدي والتخفيف هو الهواء تجاوزها بها ينصح :

- ديد الهواء زمنية .
- تركيب أجهزة فنية الهواء وغيرها
- التهوية.
- تركيب أجهزة الكترونية فيها لتنقية الهواء .
- التدخين.
- العمليات عالية العمليات .

7- الصيانة الفنية :

- فنيين متخصصين صيانة التجهيزات تستخدمها .
- القيام بصيانة دورية جاهزية التجهيزات.
- تمديدات الكهرباء وجودها سلامتها.

• القديمة يستخدمها.

• القياس الهواء والضجيج.

-8 لحماية :

• أجهزة الكترونية .

• الواقية يصدر عنها

شديدة الإنشائية، الكمادات الكيميائية الطويل.
مريحة وصحية

-9 الطبية الدورية : المهنية تظهر

زمنية لمسبباتها

نفسه بيئة الكلية هذه

خطيرة وتهدد حياته اكتشافها

مراحلها الأولية السيطرة عليها ويكون

البشرية طبية دورية

معه اكتشافه السيطرة المهنية.

-10 تطوير تدريب نوعية : تقوم لتعليم العاملين

كيفية الحماية وتنمية لديهم التزامهم

وتعليمات والحماية¹.

- 2-3 المعنوية :

يوجد اتجاه عام كبير يشير إلى الحوافز المالية النقدية يعتبر حدا

كبيرة تثير وهذا

فهناك ماديا معنويا

بفطرته وطبيعته يمكن يعيش بعيدا

تقدير الآخرين.

فقد أشارت الكثير البحوث والدراسات يهتمون فقط بزيادة في

يفضلون اكتسابهم والتقدير

¹ عمر وصفي عقيلي ، _____ 590

منظمتهم أيضا بالاطمئنان على مستقبلهم عضويتهم للجماعة والتوحد معها.

المعنوية هي : الاجتماعية والتقدير الذاتية هذه : الاجتماعية والتقدير بأهميتهم بانجازاتهم 1 .

المعنوية تقدمه العاملين فيها التقدير والتكريم الشخصية الاجتماعية والترقيات الوظيفية والتدريب هني والهدايا التكريم تميزهم غيرهم.

ويعرفها () : " يقصد المعنوية الاجتماعية والذاتية هي حيث أنها وتدعوهم جتماعية ذاتية معينة 3.

: الترقية :

1- تعريف الترقية : الترقية هي وظيفة مسؤولية الوظيفة الوظيفي 4.

أيضا بأنها " حيث والمسؤوليات 5 . الوظيفي جديد الترقية زيادة الامتيازات الوظيفية المسؤولية التغيير طبيعة . الترقية زيادة والمسؤوليات المالية والمعنوية للوظيفة الجديدة.

- 1 - البشرية 234 2006 :
 - 2 - 31
 - 3 - 315
 - 4 - 205
 - 5 - مؤيد سعيد البشرية 1 : الحديث 2002
- 234

والترقية هي العاملين قيامهم بجباتهم وتحملهم لمسؤولياتهم الوجه
فيه وتشجيع المتفوقين العاملين الجهد
ولائهم وإخلاصهم لها والترقيات
إدارتها فهي
معنوياته ومستويات له المزيد
تدفعه مزيد
تقديرًا منها لجهود العاملين يعود عليها بمزيد الإنتاجية فهي

2- أساليب الترقية 1 :

أساليب لترقية الموظفين منها :

- أسلوب الترقية على أساس اقدمية : الأولوية الترقية إلى الوظيفة
وظيفته الحالية

قضاها هذا انه يتم بالموضوعية
والتحيز، وهو بسيط التطبيق يشجع العاملين
تركها فقدهم لأقدميتهم
يقل

- أسلوب الترقية على أساس : يتم اعتماد معيار
لاختيار الأفراد وترشيحهم للترقية والذي يتم مواصفات
الوظيفة تطلباتها وأعبائها بالمؤهلات يمتلكها
يمتلك المؤهلات هو ينال
الترقية.

- أسلوب الترقية أساس اقدمية : وهذا بين
الأسلوبين السابقين (لأقدمية) يهدف مزايًا منهما
السلبية.

ويعتبر هذا لطبيعة التنظيمية
قدمية المستويات الإدارية
طبيعة فيها.

ثانيا: تدريب :

1- تعريف التدريب:

ينظر	التدريبي	أنه	كبير
نجاحها	استمرارها	يجب الإهتمام به	بينه
وبين استراتيجيا	وأهداف	الريادة ¹	
ويعرف	"التدريب بأنه العملية	يتم خلالها تغيير	
السلوكيات	والدافعية للموظفين العاملين	تحسين عملية	بين
	وبين	الوظيفة " ²	
ويعرفه	" بأنه الجهود	يتم تصميمها	
لتسيير عملية	والمهارات والاتجاهات	يمارسها	
بهدف تنمية وتطوير	المستويات الفردية والجماعية والتنظيمية "		
ومنه يمكننا تحديد			
- التدريب جهود	فهو يحتاج	عمليات	
تحليل وتشغيل	وغيرها	العمليات	
التخطيطية			
التدريب يشتمل	عمليات	والمهارات	
معينة : ويجب		والمهارات	
بالوظيفة	لتدريب	يصبح التدريب	
يحقق أهدافه.	تتميتها		
التدريب يهدف	تنمية	العاملين ويحقق أهداف	يجب
أهداف	وغاياتها	يتم تحديد	
لتحقيق	الغايات والأهداف	يتم تحديد	يتمكن
تحقيق	³	التدريبي	

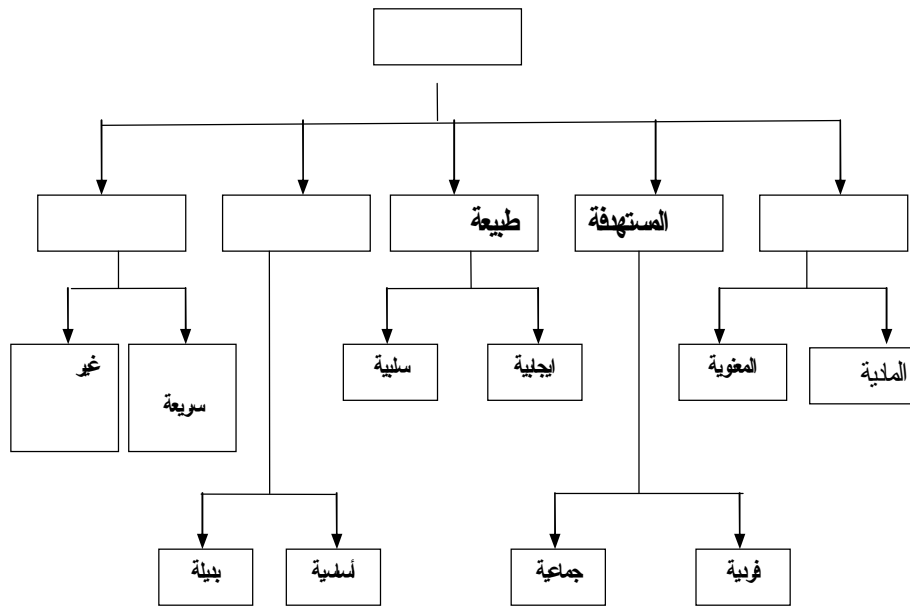
2- التدريب ومزاياه :

سيد	الاتجاهات الحديثة	الصحية	:	2008
201				
202				
الحميد				185

- التدريب :**
- يعمل التدريب تحقيق العديد والمزايا ¹ :
- زيادة الوظيفة تدعيم المهارات المستويات التنظيمية.
 - أخلاقيات
 - والأهداف التنظيمية.
 - المساهمة تكوين ذهنية إيجابي
 - تكوين التنمية وتعميق الإنسانية بين والمرؤوسين.
 - الاحتياجات التدريبية المستقبلية
 - ها
 - المساهمة تحقيق التطوير التنظيمي.
 - تنمية بالمسؤولية مكانتها.
 - تدعيم وتوثيقها بين التنظيمي.
 - العاملين بعمليات التغيير.
 - **التدريب والعاملين :**
 - العلمية
 - تساهم عمليات التدريب والتنمية تنمية
 - بالمسؤولية العاملين ..
 - تحقيق وتحليل
 - إهداء لتدعيم وزيادة معارفهم زيادة ومهارات
 - زيادة مستويات الوظيفي بالتقدير

- التدريبية التعليمية.
- تنمية المدربين وتحقيق ذاتهم قدراتهم وتوجيهاتهم المستقبلية وتنمية لديهم مهام ومسؤولية جديدة .
- التدريب لتدعيم الإنسانية :
- تنمية أخلاقيات والقيم الشخصية والمرؤوسين تنمية الداخلية فيما بين .
- لجميع منها.
- تحقيق فعالية التوجيه للموظفين والعاملين الذين يتولون مهام جديدة ومسؤوليات نتيجة الترقية.
- وتنمية الجيد
- تدعيم الاتجاهات الايجابية وجهة العاملين وتنمية مستويات التنظيمي .
- : **بجهود العاملين :** يعطى كثير العاملين أهمية كبيرة بجهودهم ويعتبرون مهما لهم جهود إضافية التطبيقات لهذا التحفيز.
- : **التقدير :** التقدير بأنها تقدير للاعتراف معين يتجاوز العادية الرسمية . تقدير
- معنوية
- كتب شكر أوسمة أية

: (02) يوضح



4 التحفيز

: 1

1-4 - مفهوم التحفيز : يشمل تقديم مادية (وتعويضات ومزايا) معنوية (تكريمية وتقديرية) بهدف العاملين الجهود سبيل تحقيق أهداف .

2-4- التحفيز : يجمع التحفيز المادية والمعنوية وتفعيلها بطريقة لتحقيق الأهداف منها هدف النهائية يتمثل العاملين أعمالهم.

المادية الاستياء وأسبابه
العاملين ذكرها حين عملها وهي أيضا ذكرناها
المعنوية تحقيق المعنوية.

3-4- التحفيز : التحفيز يلي :

- المالية المتميز .
- تسهل منها لرغباته.
-
- سلعية بين التعويض .

-III

1 :

ويتبناها يكون هو له وهو برهانات يكتشفها والتأثير يستطيع به تحريك

التنظيم الرهان ضعيف

يكون له تحريك كبير أهداف كبيرة الأهداف غير مهمة

الرهانات مهمة جماعية يكون حينئذ

2 يتوجب تريد طريق

الرهانات التحفيز الاهتمام
بالتنظيم غير فالتنظيمات غير رسمية تلقائيا التلقائية
والعفوية هي ليست يرى (رسمية
قرياقص) " التنظيمات غير الرسمية سياسة إستراتيجية
التنظيم ".
ويرى (ميشال) " ليس عقلانية التنظيم غير
يسمح "

ويرى (أمين) " التنظيم غير هو
الطريقة يتصرف بها التنظيم " "

ويرى (بأنها تلقائية أولية
يستطيع التنظيم البدي إشباعها.

لأهمية التنظيم غير ميدان وتأثير
وفعالية ذهب الباحثين غير رسمية هي التنظيم
غير نفسه بينهم (سليمان) "...
يتم دراستها التنظيم لأية التنظيم
الغير "

1 - ليلي " التنظيمات غير رسمية عملية

الاقتصادية " khaliliehmed@yahoo.com 15:30a 25.05.2003

2 - " سوسيولوجية التغير التنظيمي وفعالية التحليل الاستراتيجي "

ماجستير 2010 - 2011 82

التنظيم غير يمكن يظهر فيه حالة وهو غير رسمية¹.

1- الاجتماعية : غير رسمية
يجذب اهتمام نسبيًا - - مايو
تجاربه هاوثرن كبير الموجودين
يمكن يخلق بينهم اجتماعية قوي غير
هذه يمكن بحيث لهم اجتماعيا
الجهود.

هذه الاجتماعية ليست
بينهم أنهم يرون أنفسهم
الاجتماعية هي
يتكون وهي
والمعايير .

الاجتماعية لهم معايير ويتعرضون ولهم
أهداف واهتمامات هذا نشأته يربط بعضهم
وتشير المفاهيم ذكرناها :

: هو يقوم به باعتبارهم منتمين إليها .

: بين .

: الداخلية عقلية غير عقلية

علاقته به .

المعايير : القوانين

: هي بين

منها

يشير : بين وبينتها وليس ولكنه
أعضائها منها فهم الديناميكية
ليحل محلهم فهي باقية .

1-1- تعريف¹ : المفهوم

المفهوم السوسولوجي لها التعاريف :

- هومنز بأنها " معين الذين يتصل منهم
زمنية يحقق الاجتماعية بينهما " .

يشير هذا التعريف الاجتماعية هي
يربطهم طبيعة
اجتماعية نسميها يمكن تستغرقها .

- : بأنها " بين
غير

هذا التعريف تأكيد
فيما يعرف وجه لوجه غير يميزه .
بين

- رايت ميلز " شخصين
ببعضهم والذين يعتبرون هذا
شخصين والذين يتصلون .

يرى مليز أهم تكوين هدف المكونين لها
حيث يسعى الجميع تحقيقه تفاعلهم بعضهم .

- مير : تعرفها أنها " لها
بها ولهم
المعايير وهي هذه وواجباتهم بعضهم
لهذه

تشير (مير) هذا التعريف القيم المعايير طريقها يتعرف
حقوقه وواجباته .

¹ - الأزر " لطلبة الماجستير " كلية العلوم الإنسانية ،
جامعة محمد خيضر ،
الدراسية (2011-2012) .

الاجتماعية هي "

يدخلان بعضهما زمنية وه غير ويسود بينهما " " يلتقيان ويسعيان تحقيقه بحكمهما القيم والمعايير تشير

-2-1 نموذجين :¹ الحديثة يمكن تميز بين الاجتماعية هما :

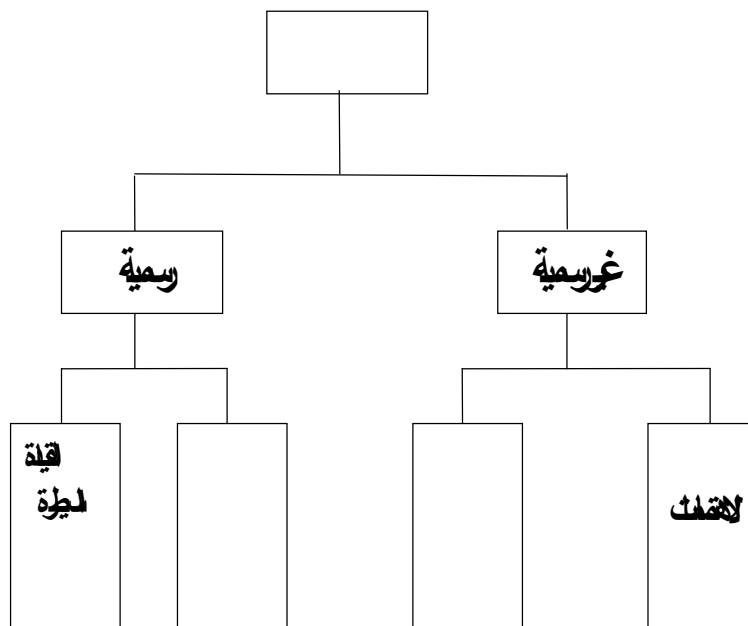
-1-2-1 الرسمية : الرسمية والمستويات والأجهزة والسياسات وهناك الرسمية منها : تحددها

- القيادة والسيطرة : وهي التقارير المدير ونوابه وهي

- المهام : القيادة بأنها المهتمين لديهم بها موقعهم الوظيفي .

-2-2-1 الغير رسمية : وهي أولية صغيرة بطريقة تقليدية إستراتيجي ويسودها الشخصية والاجتماعية وهي محيط ينشأ عنها وقيم وإيديولوجيات .

(03) يوضح :



:

-3-1

:

- :

يعد رسمية حيث انه يعبر أهم مظاهر بين شخصين لتحقيق هدف أهداف غير

- :

وهو تعبير بعضويتهم فيها أعضائها تتميز مساهمة عالية رفاهية ورغبتهم

بينت كثير " "

يتميز أعضاؤها بأنهم يميلون وترضيه أهداف

أهداف تقييد منه¹ الزيادة

- الوظيفي :

الوظيفي أهم العضوية التنظيمات غير رسمية إليها السلوكيون كغاية بمجهدات كبيرة لتحديد الصغرة تحقيق هاما

- الحرية

- لتحقيق الأهداف التنظيمية غير رسمية

- بين

- الأهداف التنظيمية :

التنظيم غير المديرين انه يكون كبير المديرين التأثير التعليمات

يقدمها المدير	غير	اجتماعيا
فاعلية ويقوم	غير الرسمية	
غير رسمية	ميولهم واتجاهاتهم ¹	
هـ- الاجتماعية :		
يقصد	الاجتماعية "	العمليات
والأساليب	يتبعها	وغير
وحملهم	يسلكوا	للمعايير والقيم
فيه" ² .		الاجتماعية
يسير	لمعايير	وقيم وأساليب
تفرضها	مداخلها	يمكن
الاجتماعية	أعضائها	الحماية
.		
ميللر	التنظيمات غير رسمية	واتجاهات
()	اجتماعيا قويا	
.		
³ : يعد	الوسيلة الاجتماعية	يتم خلالها
حركية (ديناميكية)		بين
وسيلة رئيسية		
لتحقيق أهداف	حيث يتم	خلالها
بين	تحقيق	المستهدف
.		

¹ - صديقي عفيفي
للبيروقراطية المصرية¹،
: عين
إبراهيم الهادي
2003 256
التنظيمي
تحليل

² - سعيد
خليل³
203,204

³ - خليل
2003 316
الجديدة
المسيرة 2007 ,
نظرية

2- القيادة الإدارية :

1-2 مفهوم القيادة الإدارية :

عملية القيادة العمليات تأثيرا التنظيمي، فهي
 واتجاهاتهم ورضاهم القيادة رئيسيا
 بين والمرؤوسين وهي أيضا أوجه التأثير بين
 يمد تساعدهم حاجاتهم وتحقيق
 أهدافهم يقدم لهم ويهتم بمشاكلهم ويدافع مصالحهم
 يقدم المرؤوسين بدورهم والتقدير¹.
 فالقيادة هدف " تحقيق بين
 وإمكانيات التنظيم الذين ينتمون إليه " ².
 وبهذا فالقيادة يستند بينه وبين
 يقودها ويعمل جهودها وتنسيق اتجاهاتها
 دوافعها مشاكلها فاعلية أدائهم .

2-1-1- تعريف القيادة الإدارية :

القيادة الإدارية أنها " التأثير الآخرين وتوجيه سلوكهم
 لتحقيق أهداف وتنسيق جهودهم ليقدموا لديهم لتحقيق الأهداف
 هو يستخدم وقوته ليؤثر
 وتوجيهات حوله أهداف " ³.
 يعرفها FIFNER " تنسيق حالتهم المعنوية
 أهداف " ⁴ .

أيضا أنها " عملية تأثير لتوجيه سبيل
 تحقيق هدف يتفقون عليه ويقتنعون بأهميته فيتفاعلون بطريقة يضمن
 وسيرها يؤدي تحقيق الهدف " ⁵

¹ - راوية التنظيمي : عية 2006 253 .
² - برهان الدين حسين " قيادة تطبيق " 2012 28 .
 ماجستير الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم
³ - " المدرسية الرشيدة 2005
⁵ - سليمان العميان التنظيمي 2010 257

لتعريف يكون التالي :

القيادة = + + تأثير + أهداف

2-2- القيادة الإدارية : القيادة الإدارية نوعين وهذا معيار التنظيم

2-2-1- القيادة الرسمية : وهي القيادة هذا يكون ومسؤوليات والقوانين الوظيفي بها .

2-2-2- القيادة الغير رسمية : فيها يستمد قوته وسلطته ومسؤوليته مواهبه شخصيته بين زملائه وقدرته ويستطيع غير يشبع تابعية تحقيق أهداف وهذا القيادة عنها تنظيم وهما كثير الأحيان يتعاونان لتحقيق الأهداف

3-2 القيادة الإدارية¹ : القيادة الإدارية أساسية:

* الرؤية : ويقصد إليها

* الذين يلتفون حوله ويؤمنون : ويسعون لتحقيق الأهداف

* التشجيع والتحفيز: يعتبر هذا القيادة فهو يتعلق بمعنويات ينطلقون ذاتيا أعمالهم

2-4- أهمية القيادة ودورها : هارفرد حقيقة هامة مؤداها " بين أهمية تحديد الاتجاهات المعنوية "

حظيت هذه الكثيرين يتحقق لغيرها الإنسانية هذه

تطبيق

سكيكة 2007

الاقتصادية والتسيير

الاقتصادية " كلية

¹ - عجيل

حيث	وسيلة	هاما وحيويا	أنها
اتجاهات	ناحية		أهداف
الطويل	جوهرية	فهي	ناحية
	1.	المعنوية	
"	يسمى	يسعى	فالمدير بصفته
	تحقيق	2.	والتنسيق
		3.	يلي أهم
			1- الفنية والمهنية.
			2- المرؤوسين إليهم بعين .
			3- وتوجيهه.
			4- بين الجميع.
			5- تدريب المرؤوسين فريق.
			6- الجميع.
			7- تحفيز تابعة يلي 4 :
تحقيق	وتحفيز	طريق	• يتمكن
تقديم	تحقيق أهداف	التابعين وأهداف	•
			•
يسهل	الأهداف	منهم	• هو

- 1 - التنظيم : الجامعية 2005 234
- 2 - الوهاب : 2009 51
- 3 - 237
- 4 - الصيرفي ((الإنسانية)) 1 , الإسكندرية : 2007 ,
- 175

• التابعين
يحققه الذين يجرون مهام

-8 التخطيط السليم .

⁹- تفويض الصلاحيات العاملين لقدراتهم وكفاءاتهم
هو يحقق بين رؤسياه ورغباتهم
فوظيفة هي وظيفة اجتماعية ونفسية وهذا
ذهب إليه " ليكرت " فوظيفة هي وظيفة اجتماعية ونفسية
مهمة رسمية إدارية " ¹

- V

:

- 1

الأساسية لتصميم

:

وتصميم فإنها
وعليها تنتهج يتسنى لها التعديل فيه ليتماشى
ويضمن الاستمرارية، وهذه فيم يلي:

-

: حيث

البشرية

تفصيلية

الإنسانية والإدارية والاقتصادية والقانونية،

حيث تركيب

والتغيرات

عليها

واتجاهاتها،

الحالية

والقوانين والتعليمات

لها،

سياسات

يستلزم

القيم الأساسية

ونظرهم

ومفهوم

.

-

:

البشرية بتصنيف وتبويب وتحليل

البيانات

لديها

استيعاب دلالاتها وأبعادها،

يجب تفسير

التالية:

• تحديد الهدف

بين العاملين جميعا.

• تحديد ميزانية

: تكاليف عملية التحفيز² وهذا :

- قيمة

: وهي الميزانية

فيها قيمة

.

- قيمة التكاليف الإدارية:

والتدريب

.

- تكاليف الترويج: وهي

والكثبات التعريفية

...

للموظيفة

• تحديد

¹ مؤيد سعيد

² فيصل

البشرية

1 :

200 199

2008 103

- تحديد طبيعة .
- تحديد لعملية تغير يتمشى .
- ومرفه تستطيع مواجهة
- التغيرات.

- تطبيق : البشرية تنفيذ

1:

- تحديد : هنا يتم تحديد رئيس
- مروسيه تسجي المتميز يستحق
- لهذا التقرير جهات (الرئيس) مدير،
- (البشرية)
- : يحتاج
- توقيت تقديم : شهرية ية سنوية سنوية أنها
- المتميز الأعياد.
- : هناك
- : قياس وتسجيل وتقديم
- معينة.
- : الوصية بتنفيذ عملية التحفيز
- نجاحها تعثرها
- سلامتها نجاحها
- عملية تنفيذ
- إيجاد

-2

:

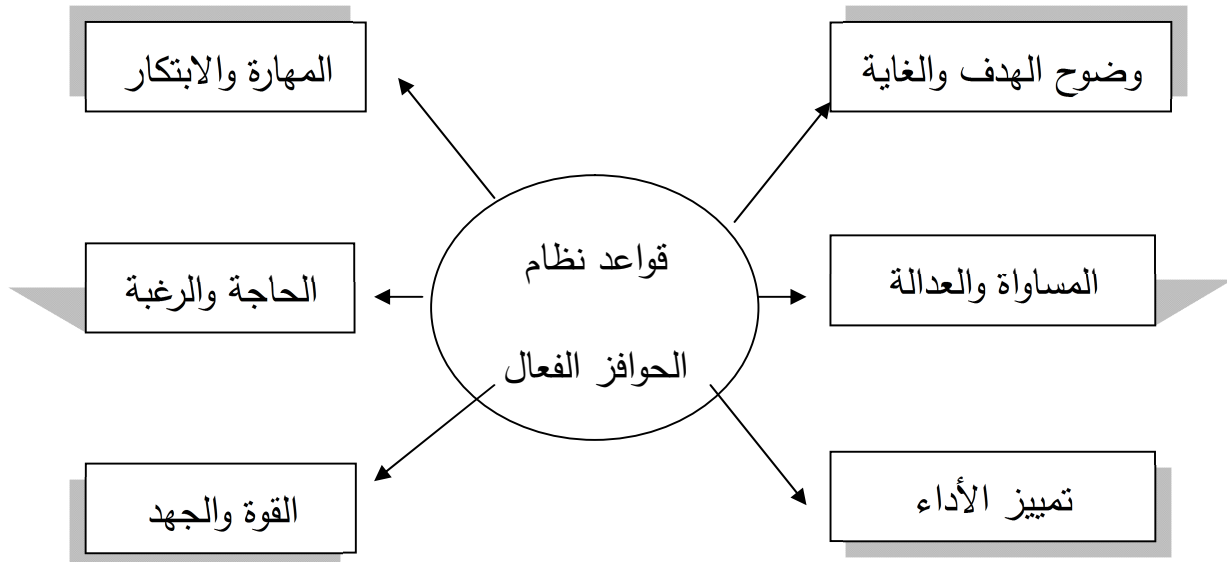
فيما يلي:

: يبنى

-

(01) :

:



370

: الحميد

- 1- وضوح الهدف والغاية : يجب يحدد الهدف الحوافز القصير البعيد بحيث جميع () - - الحوافز - تحقيقه .
- 2- يجب يتقاضى نصيب متساوي الحوافز التزم والمعايير .
- 3- تميز : يعد تميز أهم تمنح يجب تزيد كمية وجوته تنخفض تكلفة الإنتاج وقته ... يتم حساب
- 4- والمجهود : يتم توزيع
- 5- يتم توزيع حصته بداية حياتهم الوظيفية حاجتهم ورغباتهم أهمية

الحوافز المادية بالنسبة لهم حين تزداد أهمية الحوافز المعنوية للأفراد المستويات الإدارية العليا.

- الرئيسية وتنفيذ :

أهم الرئيسية وتصميم وتنظيم :

: البنية الأساسية :

البنية الأساسية الأساسية الفرعية
1 :

- الهيكل التنظيم وهيك : يحدد الهيكل التنظيم الرسمية
بين العاملين ويفيد تحلي هيكل
الهيكل التنظيم
تحديد
النوعية للعاملين وتأثير .

- تقييم : يهدف تقييم إنتاجية وسلوكه الوظيفي
ويدخل هذا التقييم
الترقية.

- : وهي : بيانات أساسية فيها
ومهام الوظيفة يمارس فيها الوظيفة والمؤهلات
الوظيفة .

: يتعلق بالأساليب الإنتاجية : يفيد
العمليات حيث
لله للتكنولوجيا .

ثانيا : تنفيذ :

يتطلب تنفيذ 2:

-1

معايير معنية هذه :

- تحديد للعاملين لديها تحديد يعملون
يحركهم؟ فهم يعملون
نشاطها العاملين
... وهذا يرتبط
1 عملية الترقية
فعلها تحديد معايير
فعلها:
• تحديد
• التوزيع
منها.
• تحديد نصيب
-2 : التسجيلات العاملين
-3 : بكيفية تطبيق المنطقية
: :
هناك يجب مراعاتها وأخذها بعين
وهذا وهذا فيما يلي:²
• بين والعاملين.
• وكفايته.
• قابلية القياس يجب السلوكيات
سيتم تحفيزه يمكن تقديره وقياس³
• إمكانية التطبيق ويشير هذا
تحديد معايير تقدير الكميات
1.

1 نايف
2 الدين
3 الحميد

- ارتباطها وثيقا بالجهود الذهنية والبدنية يبذلها
يه للإنتاجية يدرك هذا .
- صرفها أدائها لعاملين مواعيد .
- أدائها .
- ووثيقا وأهداف .
- ارتباطها واتصالها وبواعثه .
- يدرك ويفضل وشروطه يتصف
وضعه بنيه له .
- بالتزامها تقررها .
- المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية يمر بها
ودوافعهم وتوقعاتهم .

V- نظريات التحفيز

التحفيز حيزا كبيرا اهتمام
التنظيمي حيث الكثير أفكارهم العديد
النظريات، محاولين تفسير العاملين

1- التقليدي الكلاسيكي :

• نظرية العلمية :

ظهرت العلمية العشرين بالولايات الأمريكية،
هذه النظريات الكلاسيكية التقليدية باعتبارها بدايات المنهج
التجريبي¹.

ويعتبر فريديك وينسلو تايلور Fredrick. Winslow.Taylor (1915-1856)
هذه النظرية، المادية

بعين احتياجات

تايلور هذه النظرية تحديد العلمية والقيم

يلي:

1- التطبيق الأساليب العلمية يؤدي الكفاية الصناعية

2- تطبيق النقدية (المادية) يزيد الأهداف

النقدية هي زيادة التشجيعية ليزيد
تهدف يبعها زيادة الإنتاجية،
زيادة يقابله

تايلور قدمه يعتبر فكرية هذه يجب تغيرا
عقلية والمديرين بأنها تقسيم تحليله حقيقته
الصناعية بين يقسم هذا () ويجب

يتحدوا لزياء حيث إليها خوفه التقليل الحياة الاقتصادية المستهلك¹.
 تقسيمه الرئيسية تقليل إنتاجه الكفاية الإنتاجية هو ميل الإنتاجية يدفع تايلور يتم التوضيح يدركوا يزيد

2- الإنسانية:

نظرية الإنسانية:

فيوليت (1818-1933) التنظيم الإنسانية أهمية مفاهيم العلمية، (1880-1949) مايو الإنسانية أساسية فيوليت وإسهامات ديوي وكيرث ليفين، وهذا الأخير الصغيرة وديناميكيات².
 مايو وزملائه لها العديد الامبريقية والميدانية³.

1- كمية يقوم بها يمكن يدها قدرته الفيزيقية لطاقته الاجتماعية.

2- الاقتصادية رئيسيا تحفيز وشعورهم .

3- الدقيق ليس هو أهم التنظيم وأعلاها حيث الإنتاجية.

4- يسلكون ويجابهنون وسياستها يسلكون باعتبارهم .

¹ 139. إبراهيم الإنسانية التعليمية : 2001
² 53.

³ التنظيمي 2 بيروت: غريب، 2010. 98.

التنظيمي وهي:

النظرية أهم المتغيرات

- القيادة

-

-

أولها

أهمية هذه المتغيرات نتيجة

بين المتغيرات

هوثورن

أجريت

المتغيرات:

(افترضها تايلور)

الفيزيائية

-

-

-

بين المتغير

يتوصل فريق الباحثين

جميع

تزايد

أنهم

الفيزيائية

التغيرات الفيزيائية.

النفسية والاجتماعية

هوثورن أهمية

الأساسية¹:

النظرية

وليس

بين

1- التنظيم

المنعزلين.

التنظيم الذين يتأثرون بدورهم

التنظيمي يتحدد

2-

وتفرضها بها

التقاليد

اجتماعية

أعضائها.

وتعديل

تكوين

التأثير

أساسيا

القيادة الإدارية

3-

القيادة الإدارية

أهداف التنظيم

يتناسب

تقاليدها

والتنظيم غير

بين التنظيم

تحقيق

.

4- السبيل لتحقيق هذا التنظيم هو التنظيم والتنظيم غير
التنظيم

5- بين التنظيم ليست
الرسمية، هناك أيضا غير الرسمية هذه غير
الرسمية فاعلية التأثير العاملين.

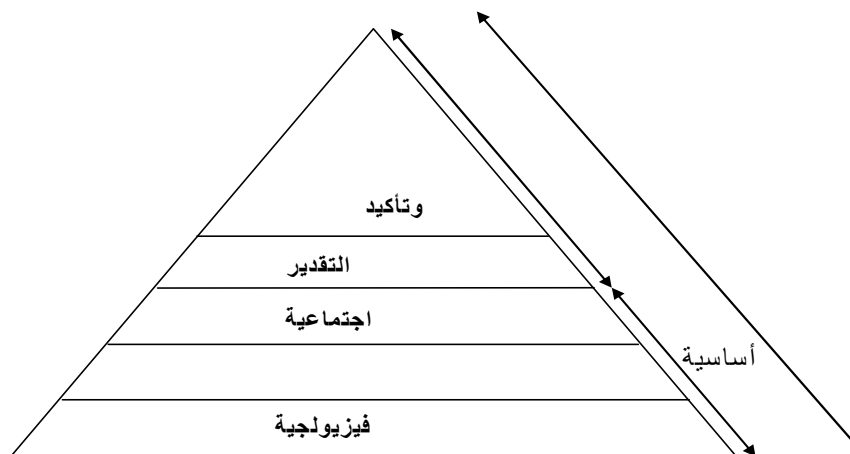
• نظريات Théorie des besoins

هذه النظريات هو الداخلية الذين يوجه
سلوكهم والوظيفي، ونميز هنا نظريات تحقيق
أهداف التحفيز.

- نظرية التصاعديّة 1 Théorie de MASLOU hiérarchique

ظريته مستويات ورتبها تدريجيا أهميتها هو
.

شكل (04) هرم الحاجات التصاعدية لماسلو



المصدر إعداد الطالب

الفيزيولوجية:

-1-1

الجسدية والنفسية وتخفيف

: الحماية

-2-1

- 3-1** (اجتماعية): الآخرين .
- 4-1** والتقدير: الشهرة والاعتمادية. الآخرين له
- 5-1** تحقيق : لتحقيق مهاراته وقدراته. يلبي طموحاته. يمكن تقسيم
- الأساسية: فيزيولوجية، (اجتماعية).
- : والتقدير، تحقيق .
- Porter الفيزيولوجية بديهية لوضعها هرم ولكنه حيث حرية " نفسه هامش والتنفذ. سماها "الاعتمادية
- بينما مكلياند Mckliland هرما فيه مستويات.
-
- (بعضهم)
-
- نظرية الثلاثية ¹ Théorie des besoins triplés
- كلايتون Clayton alderfer نظرية واختصرها هي:
- (والثانية) .
- ()
- .

Théorie de la multiplicité des - نظرية تعددية ظواهر 1 phénomènes des besoins

تصنيف	هذه النظرية هو هنري	أنه يمكن
نفسه،	تصاعديا	يحتاجون
أساسين:	بينهم	" نظريته عنصرين
-	ويمثل	منه
-	ويقصد بها أهمية	صاحبها، عليها.

• نظريات Les théorie de la Cognition

هذه النظريات	أهمته نظريات	وهو
وليس إحصائها فحسب، وهذا يعني التركيز	خيارات	سلوكهم
تصرفاتهم الهادفة	2.	

1- نظرية Théorie d'Esperance

هذه النظرية هو	ويمكن إيجاز	هذه النظرية فيما يلي:
- دافعية	معين هي	:
•	مجهوده سيؤدي	معين.
•	هذا هو الوسيلة	معينة.
•	عليه جاذبية	له.
-	عملية تقدير	ويختلف هذا التقدير
-	بإمكانية	ذاته
	نُها تقديرات وقيم .	

1- **Esperance (E)** : يمثل تقدير يمكن إليه بين هذا المجهود سببذله وبين المجهود

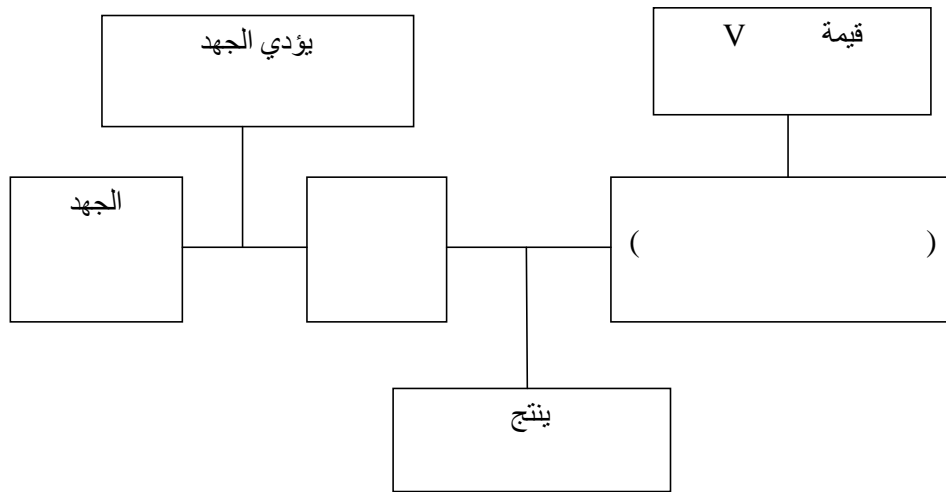
2- **Instrumentalité (E)** : وهي ستنبعه هذه (- الوسيلة)

3- **القيمة Valeur** : تشير وجاذبية التحفيز والتقدير
هذه هي الرئيسة لتحفيز واندفاعه
صياغتها هذه النظرية التالية 1:

$$M = E \times I \times V$$

قيمة صفرية الأيمن يعني الدافعية والتحفيز
القيم يمكن. يعمل تعظيم هذه

شكل رقم (05) مضمون نظرية التوقع



المصدر: صالح مهدي محسن وظاهر محسن الغالبي، ص 468.

1.

يندفعون	Stacy Adams	هذه النظرية هو ستييسي
معيد	سواهم	مدخلاتهم ومخرجاتهم
يكونوا	عدمه،	لقياس
	نفسه.	

3- نظرية (X Y) غير غور (Y X) Théorie

المديرين	جوهرها	هذه النظرية
الناقص	نظريتين مختلفتين	العامل
طرفين	العالمين،	تقييمها
	فنظرية (X) هي	
أنتجت	وينبغي تطويعها،	
أنه	حين	
نظرية (Y)	له المسؤولية	
إنتاجه	طاقاته	
وجبه		

- نظرية X :

هناك رئيسية لنظرية (X) هي 2:

- يحبون
يرغبون
يحبونه.
- يجب
المكلفين به.
- يفضل
يوجه
أدائه
معين،
نفسه.
- الوحيد
هو
يشبع
الاقتصادية.
- نظرية (X) أنه يوجد حقيقي
ويهربون منه
وعلیه فهم يحتاجون
كبير يتميزون
الأنظمة، ولا يتمتع
الأهداف
3.

1 خليل 176.

² زاهد دیری

.72 2008

3 قیلی، 125.

- نظرية Y:

نظرية Y رئيسية وهي¹:

- الجهد الذهني الطبيعي
يكره بطبعه يتو
المحيطة
نفسه،
ضيق فيحاول تجنبه
أمكنه .
- ليست الخارجية التهديد
الجهود الأهداف التنظيمية يقبل
الأهداف وضعها بها.
هما الوسيلة الوحيدة لتكريس
ويراقبون أنفسهم
- يكون بالأهداف نتيجة
أهمية لديهم هي احتياجات تأكيد
(معنوية).
هذه بإنجازاتهم،
بتحقيق
- العادية يقبل المسؤولية
عنها، المسؤولية والتركيز
ليست إنسانية .
له آلية خبرته وهذه
يبحث
- يستخدم
عليه يقع لديه
لديه
إمكاناته وطاقاته الذهنية
كيف لديه هذه
يكره
المسؤولية ويتمتع
لأنها
له، ويسعى
ويسعى تحقيق أهداف
التخيل والتجدي
رغباته، وتحقيق أهدافه.

مقارنة افتراضات نظريتي (X) (y)

	نظرية (x)	نظرية (y)
1	- بطبعه يحب	- ليس بطبعه يدعي يعتبرها غير مصلحته
2	- يحب (الرسمية)	- الرسمية أساليب أنها الوحيد يضمن الأهداف بالطريقة جميع
3	- يتهرب المسؤولية ويفضل يوجه عمله نفسه	- يسعى للمسؤولية هذه المسؤولية
4	- يفكر بطريقة اقتصادية رشيدة ويسعى تحقيق الاقتصادية هو الوحيد يحرك	- يسعى لإشباعها ويختلف ترتيبه لهذه كبيرة

المصدر : زاهد محمد ديري، سعاد راغب كسوائي، مرجع سابق ، ص 79.

4- نظرية هرزبرغ (العاملين) :

200	ها	1957	هرزبرغ نظريته
	فيها راضين ومحفرين		ومهندس حيث سألهم
هناك	هذه		فيها متذمرين ومحبطين،
	سماها	مجموعتين	يمكن
		صحية	الثانية هي
		مطهرة1.	
		المجموعتين فيها يلي2:	

:

—

.

■

.464 463

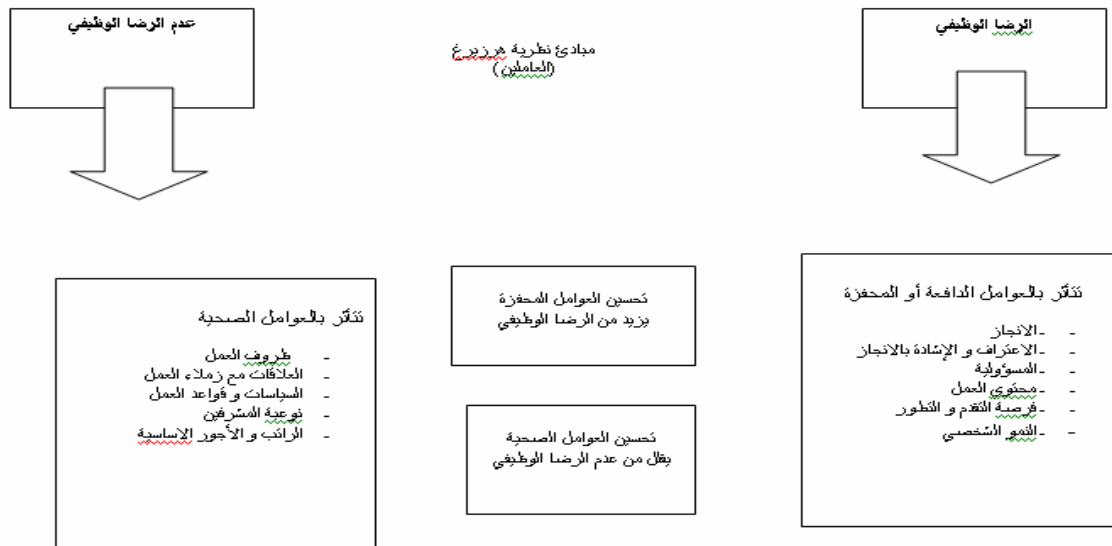
.91 90

1 مهدی حسین طاهر

2 القبر و

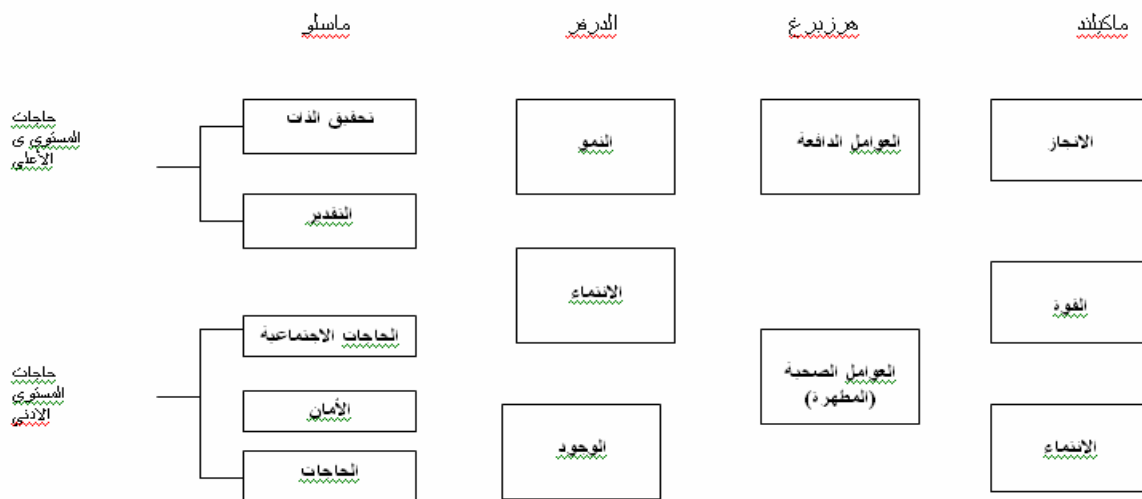
- الآخرين بأهمية التنظيمية نسبه
وكونه إبداعيا وفيه .
- أهمية نفسه وكونه إبداعيا وفيه .
- إمكانية الوظيفة.
- .
- الثانية: الصحية المطهرة الوقائية:
- سياسة وإدارتها.
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- الوظيفي.
- التأثيرات الحياة الشخصية.

الشكل (06) نظرية هرزبرغ (العاملين)



المصدر: صالح مهدي محسن و طاهر محسن الغالبي، مرجع سابق ، ص 465.

الشكل (07) مقارنة بين نظريات ماكليند، هرزبرغ، الدرغر، ماسلو



المصدر: صالح مهدي محسن و طاهر محسن الغالبي، مرجع سابق ، ص 464.

4- النظريات الحديثة:

• نظرية التنظيم¹: هذه النظرية H-SIMON C. BERNARD

J-MARCH ويندرج هذه النظرية مفادها هناك
يقدم الجهد بين

المزايا المادية والمعنوية يبرزها .

يحاولون تحقيق بين يقدمونه وبين يتحصلون عليه .

• نظرية Z: وليم WILLIAM OUCHIE نظرية Z بداية الثمانينيات

1981 دراسته إنتاجية اليابانية أمريكا

الأمريكية هذه الأخيرة
العاملين .. اهتمام اليابانية
فيه سعيد عمله².

الحقيقة هذه النظرية هي للنظرية (J) اليابانية
الأمريكية يتمشى البيئة الأمريكية
الفردية، فنظرية Z
بموجبها نظرية J اليابانية³.

ويرى () نظرية Z هي⁴:

- : اليابانية الإنتاجية ترتبطهما
طردية.

- : يسود الياباني والتقدير
الأخوية بين وكأنهم

1 الحميد الشيخ الحسين تحليل : بهاء الدين 2008 31.

2 العميان، 57.

3 فعالية التنظيم الاقتصادية : 186.

4 قسنطينة، 2006 58.

العميان،

- والمهارة: المهارة طريق يؤدي
- المشرفين الفنية
- وليام تطبيق نظرية Z وهي 1:
- : مفهوم Z
- الثانية:
- : تعريف وتحديد عنها رئيس
- : وإيجاد هياكل
- : تطوير تقنيات
- : اختيار
- :
- : التوظيف
- : التقييم والترقية
- : توسيع إمكانية
- الحادية :
- الثانية : إيجاد يمكن فيه
- : تشجيع وتطوير الإنسانية

بين النظريات A - J - Z

نظرية A الأمريكية	نظرية J اليابانية	نظرية Z (نظرية اليابانية المطوعة للبيئة الأمريكية)
توظيف لمدة قصيرة	توظيف مدى الحياة	توظيف لمدة طويلة
مسار وظيفي متخصص	مسار وظيفي عام	مسارات وظيفية فيها درجة متوسطة من التخصص
فردية في اتخاذ القرارات	اتخاذ القرارات بالإجماع	قرارات يتم أخذها بالإجماع
المسؤولية فردية	المسؤولية جماعية	المسؤولية فردية
تقييم رسمي متكرر	تقييم غير رسمي وغير متكرر	عمليات التقييم وفق مقاييس رسمية واضحة وأخرى رسمية ضمنية
ترقيات سريعة	ترقيات بطيئة	ترقيات بطيئة
اهتمام جزئي بالموظفين	اهتمام شامل بالموظفين	اهتمام شامل بالموظفين

خصائص

المصدر: صالح بن نوار، مرجع سابق، ص 187.

جهة الرئيسية لنظرية Z :

: وظيفة طويلة: توظيف
يجعل التنظيمي، فيكون له
فإنه يبقى يعمل فيها
لوظيفي فيزيد ولائه
يحس الجهود.

ثانياً: تقييم الترقية: الترقية
جدارته
له مسؤوليات عالية.
يمر

: مهنة: وهي
يتخصص وظيفة .
يمر العديد

:
التسيير الياباني يعطي فرصه
يشعر بالمسؤولية الكبيرة يؤدي بهم هذه
عنها، تنفيذ ويتمثل يسمى
وهي صغيرة جهود تحسين
الجميع، ومشاركتهم

: القيم الجماعية :
المسؤولية، فهم يستعملون
الإنتاجية، الفردية،
اليابانية لهم

:الاهتمام
البشرية تميز وتوفير حيث
والرفاهية العيش الكريم ويتعدى الحياة لهم
يخلق بينهم. الاهتمام العاملين،

• نظرية التحفيز بطريقة فورية : Johns-Piamonté

هذه النظرية هو بيامونتي Johns-Piamonté 1990
حوافزها، بحيث
إيجابية هذه النظرية
تحفيز بطريقة فورية، حملهم
هذه النظرية ببقها
التالية : يكون
الجدد لتأدية معينة،
التالية:

- لتحفيز العاملين

- حاليا

- بين

كيف يمكن

ينبغي مثاليا

التحفيز والتخطيط بها، فإنه ينبغي

:

1. تحديد هدف معين العاملين .
2. يكون العاملين لإمكانية تحقيق الهدف.

3. يملك العاملون والمهارات مهام الوظيفة .

ويشترط Johns-Piamonté بإستراتيجية للتحفيز :

- يتخلّى المديرون نظرية بالأهداف ويدركوا أهمية العاملين.
- الموظفين يمكنهم الأهداف بالطريقة .
- ترقية الوظيفي مستوياته ينبغي لها ومستويات .

• نظرية تنمية والمهارات Jeremy et Vanbrmeersch :

- الجوهري يعتمد التقنية العالية أهمية مهنية عالية يتمتع .
- الكمبيوتر والتكنولوجيا العالية هذا الاهتمام الفنية .
- تغير نظرتها العمليات التحفيزية تطوير مهاراتهم : المتغير، ويكون .
- ومعارفهم هو .
- زيادة اللامركزية .
- تفويض .
- الأهداف وإشراكه تنفيذته

Jeremy et Vanbrmeersch ثمانية مفاتيح لتحفيز¹:

- : الجيدة بين الرئيس والمرووسين بينهما
- والتفاهم للمرووسين بتقديم مقترحاتهم ودفعه الجهود

وتساعدهم : طريقة لتمكين والمهارات.

أهداف : إستراتيجية يشعر بالمسؤولية عمله.

: يجب توفير الجيد تأمين تهدده.

بين : يجب ويسهل عملية والمرؤوسين.

تحديد : يحرص تقديم التغذية قوتهم لتعزيزها ضعفهم لمعالجتها. ليتمكنوا

:

نستخلصه
إستراتيجية
هذه
وإنها
الأساسية
هي
تكييف
تتغير،
يعتبره
الأيام
أفرادها بتقييمها
لهذه
دوريا
تكييفها
هذه
منها :

1- المادية : وهو
يشبع
والتعليم
ضروريات الحياة
المادية،
جيدة...
توفير

2- المعنوية: وهي
الاجتماعية والنفسية
وانصهار العاملين،
القيادة
التدريب
والالتقدير.

3- التحفيز : وهو
بين التحفيز

4- :الجماعية والفردية، والداخلية والخارجية، والايجابية والسلبية
وكلاهما
المادية والمعنوية
التأثير
العاملين
هذه
يقدمه
والتخويف وهذا لتقويم
العاملين المخطئين،
يعني

المهارة الفنية لأفرادها
ويعمل
فهو
يحدد التوليفة
أهدافها
معينة،
ها

تحقيق الكفاية يلي:	أهدافها نجاحته عليه	يثبت	لتشجيع الإنتاجية
		حقيقيا	-1
	والقيمة		-2
	خلالها	يحصلون	-3

تمهيد :

إن الخدمات الصحية تُعبر عن مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مؤسسات الرعاية الطبية إلى جميع أفراد المجتمع عامة دون تمييز أو تفضيل بهدف الرفع من المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وإنشائها وفي حال حدوثها العمل على إزالتها وتحويل المريض العاقل إلى عامل ناشط منتج.

ولبلوغ هذه المرامي تسعى المنظمات الصحية على إيجاد سبل ناجعة لتلبية متطلبات المجتمع الصحية من خلال تقديم أجود الخدمات وف نستعرض في هذا الفصل إلى عدد من المفاهيم وهي:

- مفاهيم متعلقة بالمستشفى.
- مفاهيم متعلقة بالخدمات الصحية
- الموارد البشرية والأداء المهني في المستشفيات
- جودة الخدمات الصحية
- إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

1- مفاهيم متعلقة بالمستشفى :

يعتبر المستشفى أهم التنظيمات الإنسانية خدمة للمجتمع ، فهو نظام اجتماعي معقد مادته الخام الإنسان ، إنتاجه إنساني وعمله ينفذ بشكل رئيسي بواسطة الإنسان ، والمستشفى في شكلها الحالي هو خلاصه لتطورات تاريخية إكسبه التشكل المؤسسي المتعدد الوظائف منها العلاجي والوقائي والتعليمي والتدريبي والبحثي ، بعد أن كان مجرد مكان الإيواء المرضى والمحتاجين خاضا إلى الأبعاد الخيرية والدينية والإنسانية.

1- مفهوم المستشفى :

لغة: تعني كلمة المستشفى لغة " المكان الذي يطلب فيه الشفاء " أي البرء من المرض¹، ومصدرها الفعل (شفى) أو (شفا) واستشفى أي طلب الشفاء ، ويصبح استخدام الكلمتين مشفى أو مستشفى².

وفي اللغة اللاتينية Hospital تعني إكرام الضيف.

إصطلاحا : يُعرف المستشفى بأنه "منظمة إجتماعية تقدم الخدمات في مجال تخصص عام هو المجال الصحي باعتبارها المكان المعد لاستقبال المرضى وإيوائهم حتى يتم شفاؤهم"³.

كما عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية المستشفى ، بأنه " مؤسسة يحتوي على جهاز طبي منظم ، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمة التمريض المستمرة ، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين⁴.

ويتباين مفهوم المستشفى حسب تباين الأطراف المتعامل معها ، وبالتالي فان كل طرف يمكن أن يعرف المستشفى تبعا لتلك العلاقة بينهما ، وكما يتضح ذلك أدناه ومن وجهة نظر:

1. **المرضى :** ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم وإستشفائهم.

2. **الحكومة :** إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

1 -	الصيرفي	المستشفيات	وكيفية تميز العاملين بها	1 الإسكندرية :
2009	5.			
2 -	سيد		الصحية والطبية - منهج	المفاهيم الإدارية الحديثة القاهرة
		1997	50.	
3 -	النهضة العربية			
	الصيرفي		5.	
4 -	سليم	المستشفيات	الصحية	1 :
				زيع 2007 26.

3. **الكادر الطبي :** هو الموقع الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية وبما يملكون من خبرة ومهارة وقدرة على إعادة الابتسامة لمرضاها.
 4. **إدارة المستشفى :** منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسئولة عن تنفيذها بشكل كفاء وفعال.
 5. **مصانع الأدوية :** سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية على وفق اتفاقات مسبقة.
 6. **الطلبة الجامعة :** موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة ولإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.
- فضلا عن ذلك فهناك جهات نظر لأطراف أخرى تمتد إلى زوايا بتطورات مختلفة عن فهمها لمعنى المستشفى¹ كما هو مثلا لمقدمي ومجهزي الخدمات الفندقية والعاملين في مجال الصيانة....الخ.
- وفي ضوء كل ذلك يمكن أن ينظر للمستشفى على أساس كونه نظاما مفتوحا لأنه يعتمد على المجتمع ويتأثر بالبيئة التي يعمل فيها ولكل ظروفها، حتى أطلق Kast على المستشفى (نظام الإنسان الاجتماعي)².
- وقد عرفه بعض علماء إدارة المستشفيات وفق عدد من المعايير :
- الأول : التعريف التنظيمي :** هو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة للمستشفيات : المشفى بأنه يضم على الأقل 6 أسرة تنويم تسمح ببقاء المريض مدة تزيد عن 24 سا.
- مؤسسة طبية مرخص لها رسميا.
 - تضم هيئة طبية منظمة وتقدم فيها رعاية طبية منظمة.
 - تتوفر فيها سجلات طبية منظمة وتتوفر فيها الخدمة على مدار 24 ساعة ، دون إنقطاع.
 - تتوفر فيها غرف عمليات ووسائل خدمة طبية تشخيصية وعلاجية متكاملة.
 - تتوفر فيها خدمات الأشعة والمختبرات.

21 22

¹ - ثامر ياسر البكري ،

² - 22

الثاني : التعريف الوظيفي : يركز التعريف الوظيفي على الغرض من المستشفى وليس على أجزائه ، ويتمثل الغرض الأساسي للمستشفى في رعاية صحة أفراد والمجتمع وتبعا لذلك تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع ومن هذا المنطلق فان التعريف الوظيفي :

- يتيح المستشفى التوسع في أهدافه وأغراضه في الإطار الصحي.
- يتيح للمستفيدين من خدمة المستشفى المساهمة في تحديد نظام الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.

- يركز على أن الاحتياجات المجتمع والاستخدام الفعّال للخدمة مقابل التكلفة في المعيار الذي تعتمد عليه المستشفى في تحديد نظام خدماتها .
- ويؤكد على أن مصلحة المجتمع تظل هي المعيار لحسن إدارة المستشفى وعليه يمكن تعريف المستشفى على انه " نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات الطبية المعاونة، ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية ، وتتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي¹.

1-2- تاريخية النظام الإستشفائي:

إهتمت العديد من البحوث والدراسات والكتابات العلمية المتخصصة في المنظمات الصحية بصفة عامة والمستشفيات وهذا التطور قد مر بمراحل كثيرة على مر العصور بدء من الحضارة القديمة إلى العصر الحديث.

● الحضارات القديمة :

تشير الوثائق التاريخية بان تاريخ المستشفيات يرجع إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد إذا كانت المعابد الإغريقية تلعب دور المستشفى ، ويعتبر أبقرات Hippocrate (460-370 ق م) الإغريقي وهو أول طبيب ، وينسب إليه القسم (اليمين) الطبي لحاصلين على إجازة الطب وممارسته ، فأعماله تعد الركيزة التي تبنى عليها صرح الطب الحديث ، وهو من دعا إلى فصل الدين والفلسفة عن الطب ، والابتعاد عن السحر وجعل الطب علما قائما على البحث والتجربة.

وبلغ الطب الإغريقي ذروة تقدمه خلال العصر الذهبي للحضارة الإغريقية وذلك في حوالي 400 ق.م ، ظهر خلالها معاهد سميت بمعاهد آلهة الطب Aesculopius².

.27

.17

¹ - سليم

² - سليم

وفي مصر الفراعنة فقد ظهرت المستشفيات حوالي 600 سنة ق.م. إذا لعبت المعابد تدور الرعاية للمريض وسميت بمعابد الشفاء وقامت مدارس للطب وأصبح لها تخصص مثل طب العيون والأسنان¹.

وفي الهند فقد ازدهرت المستشفيات وخاصة في عهد الملك ASOKA (273-232 ق.م) وقد أطلق عليها تسمية CLIKISTA أي معابد الشفاء.

وفي بابل (حمورابي) مهنة الطب كانت تخضع لقوانين صارمة في التعامل مع الطبيب وان هذا التشدد اضعف الإقبال عن هذه المهنة².
وقد تميزت المستشفيات في الحضارات القديمة بـ³ :

- استخدام المستشفى كمركز للتدريب.
- قيام الأطباء بإجراء العمليات الخارجية وتجبير الكسور ووصف العقاقير الطبية في المستشفى.
- دراسة المستشفى كمكان لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد الشخصية من حيث الاهتمام بتغذيته ونظافته.
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.

● مطلع الديانة المسيحية :

أعطت الديانة المسيحية مفاهيم جديدة للمرض بعد أن كان يعتقد بان المرض سببه أرواح شريرة، فأصبح كل من يعمل في خدمة المريض إنما تكفير للذنوب ورفع للخطايا ومرضاة الله، وقد احتمت بيوت صغيرة للكهنة لإيواء المرضى والمحتاجين والمعوزين ، وقد تميزت هذه المرحلة بـ:

1. الدافع لعلاج المرض وتقديم الخدمات لهم (ديني – إنساني) .
2. الاهتمام بالنواحي النفسية للمرض وليس تقديم العلاج فقط.
3. اعتبار المستشفى مكانا لإيواء المرضى المسنين والمعوزين لفترة معينة من أجل تقديم الخدمات لهم.

● الحضارة الإسلامية العربية :

لا يتواجد في المصادر التاريخية المتوافرة إلى أن العرب في الجاهلية كانوا يعنون بالمستشفيات ، وقد عرف العالم الإسلامي المستشفيات منذ عهد الرسول الكريم صلى

¹ - ياسر
² - ردينة
³ - سليم
يوسف التسويق : المناهج والتوزيع 2007 27.
10.
19.

الله عليه وسلم وبالتحديد غزوة الخندق 627م عندما أمر بضرب خيمة متنقلة للصحابية ربيعة بنت سعد الأسلمية بالقرب من المسجد في معركة الخندق لمعالجة سعد بن معاذ" إجلوه في خيمة ربيعة حتى أعود من قريب"¹.
وأول من بنى مستشفى كامل في الإسلام هو الوليد بن عبد الملك الخليفة الأموي في القرن التاسع ميلادي (806م)، وكان المستشفى بيمارستان أي دور المرضى وهي لفظ فارسي يتكون من (بيمار) وتعني مريض و (ستان) تعني الموضع أو المكان وهكذا يصبح معناها دار المرض.

وبتوسع الرقعة الإسلامية توسعت المنظمات الاستشفائية في المدن الكبرى .
وقد صنف المسلمون المستشفيات حسب تخصصها ومكان إقامتها²:

- ❖ المستشفيات العامة : ويعالج فيها كل أنواع الأمراض.
 - ❖ المستشفيات الخاصة: ويعالج فيها الأمراض الخاصة المعدية.
 - ❖ مستشفيات السجون : وتعني صحة المساجين.
 - ❖ مستشفيات متنقلة : هي عبارة عن مجموعة فرق طبية تنتقل من مكان إلى آخر وخاصة في النواحي والقرى.
- وقد تميزت المستشفيات في العصر الإسلامي بما يضاها ما وصلت إليه اليوم ونذكر أهم الخصائص³ :

- . عدم السماح للمرض والمصابين بأمراض معدية من اختلاط بالمرض الآخرين.
- . اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفيات من الناحية الصحية.
- . وجود المستشفى المتنقل وخاصة في المناطق النائية أو الفقيرة.
- . إنشاء المستشفيات العامة والخاصة.
- . الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.
- . التركيز على وجود الرعاية الطبية.
- . تنظيم مزاوله مهنة الطب والصيدلة عن طريق الإجازة بواسطة الامتحان.

● عصر النهضة الأوروبية:

لقد عرفت هذه المرحلة إنتقال تباعيه المستشفى من الكنيسة إلى البلدية فأصبح المستشفى يؤدي دوره في علاج المرضى بعيدا عن المصطلحات الدينية، لكن في هذه

¹ - عايدة الوريكات
² - الدين
³ - سليم

1 : 2011 144.

40.

21.

المرحلة عرفت موجة من الفقر لانتشار البطالة وارتفاع الأسعار ، مما انعكس سلبا على أداء المستشفيات فراجع دورها ، ومنها من وصل به الأمر إلى الإغلاق ونظرا لتفاقم ظاهرة الفقر فتجمع الفقراء والمحتاجين حول المستشفيات مما دفع بالبلدية بفتح المستشفيات كما كانت من قبل وإيواء المرضى والمسنين واليتامى والمحتاجين والقادرين على العمل اجبروا على دفع نفقاتهم والجدير بالذكر دور الطبيب بدا يظهر بشكل أوضح واقوي علما وبذلك بدا نفوذ وسيطرته على المستشفيات بعد أن كان تحت سلطة رجال الدين، والذي أدى اختفاء بعض الممارسات غير طبية تختفي في القرن 18م ، أو في قرن الموت فقد تحولت المستشفيات إلى مكان " للموتى " وليس فقط للمرض ، وهذا يرجع إلى الظروف المعيشية السيئة وسوء التهوية والتغذية وانتشار الأوبئة وقذارة المستشفيات¹.

المستشفيات من القرن 19 - إلى القرن 20م:

لقد عرفت الفترة الممتدة من مطلع القرن 19م إلى نهاية القرن 20م، ثورة في العلوم الطبية والذي انعكس على الأداء الهائل للمستشفيات وأدى إلى تأسيس المستشفيات الحديثة ، ونذكر فيما يلي أهم الأحداث التي أدت إلى تحسين الجودة الصحية²:

- استخدام التخدير سنة 1846م في العمليات الجراحية أدى إلى زيادة الجرائم والأمراض.
- ساهم التطور السريع في علم الكيمياء إلى اكتشاف الكثير من العقاقير الطبية كعقار البنسيلين.
- ساهمت الاكتشافات المساعدة في عملية التشخيص في التقليل من الوفيات ونذكر منها الأشعة (X) ، الزمر الدموية... الخ.
- ساعد التقويم المستمر لمناهج التعليم والتدريب إلى التحسين والرفع من كفاءة الأداء.
- ظهور مهنة التمريض كعلم قائم بذاته بعد مجهودات الانجليزي فلورنس نيتنغل والأمريكية دورثيا ويكس.
- نشوء الكلية الأمريكية للجراحين والتي أدت إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية.

¹ - عاي الوريكات
² - سليم

1-3-أنواع المستشفيات :

يختلف تطبيق المستشفيات من دولة إلى أخرى ومن كاتب إلى آخر وهذا الاختلاف في التصنيفات يعتمد على أساس تتبناها هذه الجهة أو تلك ، إضافة إلى الهدف المراد تحقيقه من التصنيف ومهما كانت الأهداف ولأسس لتصنيفات المستشفى فإنها لا تتعدى التصنيف التالي :

أ- على أساس الملكية والإشراف.

ب- على أساس الحجم.

ج - على أساس التخصص.

د- على أساس التعليم والتدريب.

هـ- على أساس الموقع الجغرافي.

أ - **نمط الملكية والإشراف** : وبدورها يمكن تصنيفها إلى مستشفيات حكومية وخاصة.

1- **المستشفيات الحكومية** : هي مستشفيات تملكها هيئات رسمية تقوم ، وتعتبر الدول الاشتراكية من أولى واجباتها تقديم أفضل الخدمات الصحية إلى المواطنين مجاناً وتنقسم هذه المستشفيات إلى نوعين : مستشفيات حكومية متاحة خدماتها لجميع المواطنين ومستشفيات حكومية متاحة خدماتها فقط لفائدة مجموعة محددة من المواطنين مثل المستشفيات العسكرية.

والجدير بالذكر أن هذه المستشفيات تخضع إلى قوانين وأنظمة وتعليمات الدولة ، ويتم تعيين الكوادر الطبية والتمريضية من خلال الأنظمة الخاضعة لرقابة الجهات التشريعية والتنفيذية.

أ-2- **المستشفيات الخاصة** : وهو المستشفى مملوك لشخص أو مجموعة أشخاص أو لشركة أهلية تستهدف تحقيق الربح تدار وفق أساليب إدارة الأعمال ويمكن تقسيمها إلى: أ-2-1- **مستشفيات ذات طابع ربحي** : فقد يملكها شخص أو شركة أو هيئة بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

أ-2-2- **مستشفيات ذات طابع غير ربحي** : يكون الهدف من إنشائها المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع وعادة تكون مملوكة لجهة خيرية تطوعية مبنية على أساس عرفي أو ديني أو جهوي . أو تابعة لبعض الشركات وترتبط مستوى ونوعية الخدمة المقدمة بحجم الأموال والتبرعات المتوفرة.

ب - **تصنيف المستشفيات على أساس الحجم** :

ويمكن تصنيف المستشفيات بحسب عدد الأسرة التي تحتويها لإغراض العلاج فيها أو حسب الأقسام الطبية التخصصية وهذه بدورها تنقسم إلى ثلاثة أنواع :

ب-1- مستشفيات كبيرة الحجم والمتكونة من 500 سرير فأكثر أو تتكون أكثر من ثمانية أقسام طبية.¹

ب-2- مستشفيات متوسطة الحجم والمتكونة من 200 سرير إلى 500 سرير أو من خمسة أقسام طبية متخصصة.

ب-3- مستشفيات صغيرة الحجم والمتكونة من أقل من 200 سرير أو أقل من خمسة أقسام أحيانا يحتوي على قسم واحد.

ج . تصنيف حسب التخصص : وهي نوعان :

ج - 1- مستشفيات عامة : وهي المستشفيات التي تضم تخصصات طبية مختلفة ومتعددة مثل أمراض الأطفال والأمراض الباطنية وأمراض النساء والتوليد والجراحة العامة... الخ.

ج- 2- مستشفيات تخصصية : وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين مثل تخصص العيون ، القلب ، العظام ، وما يميز هذا الأنواع من المستشفيات إنها تحاول إيجاد جميع الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة في مجال التخصص معين.

د - تصنيف على أساس التعليم والتدريب : وتصنف المستشفيات أيضا لكونها تعليمية أو غير تعليمية ، ويرتبط ذلك بوجود فرصة التعلم في هذا المستشفيات في حقل من حقول الطب أو أكثر وغالبا ترتبط هذه المستشفيات التعليمية بالجامعات أو المؤسسات العلمية البحثية المختلفة وعلى وفق برامج علمية متخصصة معدة لهذا الغرض.

هـ - تصنيف على أساس جغرافية : ويشير هذا التصنيف إلى تقسيم المستشفيات حسب موقعها الجغرافي أو حسب التقسيم الإداري إلى :

هـ 1 - المستشفيات المركزية : وهي المستشفيات بمثابة المستشفيات العامة وتتوفر على مختلف التخصصات الطبية.

¹ فريد توفيق النصيرات ، _____ ، 122 .

هـ - 2 مستشفيات المناطق الإقليمية : وهي تلك التي تتواجد في العاصمة أو مراكز المدن الكبيرة وتخدم منطقة صحية بأكملها ، وتحتوي هذه المستشفيات على أعلى خدمات تخصصية.

هـ - 3 المستشفيات المحلية الصغيرة : وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة ، وهي عادة تقدم الخدمات لجماهير المنطقة باختلاف أنواعها من خدمات أمراض باطنية وجراحة عامة وخدمات رعاية الأمومة والطفولة

4-1 - وظائف المستشفى :

تعتبر وظيفة رعاية المرض ومصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى والتي تركز حولها كافة الأنشطة والمهام التي يقوم بها المستشفى على أفضل وجه إلا انه يقوم بوظائف أخرى عديدة وعلى درجة كبيرة من الأهمية ، وقد حدد الباحث فريد مان خمسة وظائف أساسية للمستشفى الحديث وتتلخص بما يلي¹ :

1. تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.
 2. تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.
 3. القيام بأنشطة التدريب والتعليم لمهنيين الصحيين العاملين في القطاع الصحي.
 4. توفير المعرفة الطبية والصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحقية هذا المجال.
 5. الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.
- كما توصي لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمسة وظائف أساسية²:

أ- الوظيفة العلاجية.

ب- الوظيفة الوقائية.

ج- التدريب والتعليم.

د- الأبحاث الطبية والاجتماعية.

هـ- الخدمات الممتدة والاجتماعية.

- الوظيفة العلاجية :

¹ فريد توفيق نصيرات

² - فريد توفيق النصيرات ، 109.

إن الوظيفة الأساسية التي يركز عليها المستشفى هو تقديم الرعاية الصحية الضرورية للأفراد والمجتمع المحلي والذي يقصد المستشفى ، وان تقدم هذه الرعاية الصحية بجودة عالية ، وبشكل مستمر وعلى مختلف مستويات الخدمات الصحية من الأولوية إلى المتخصصة والتي سنشرحها بشيء من التفصيل في المبحث التالي :

إلا انه يجب أن نؤكد في هذا المقام انه على المستشفيات تحاشي بعض الأخطار أثناء تعاملها مع المرض والمتمثلة في¹:

- عدم التقدير الصحيح لكرامة وإنسانية المريض حيث غالبا مخاطبة المريض بإطلاق رقم مجرد عليه ، أو مخاطبته والتعريف عليه بالحالة المرضية كأن يقال مريض السكري مريض السل... الخ
- عدم التفهم الكافي لحاجة المرضى للراحة ولقدر من العزلة والوحدة والخصوصية.
- التعامل مع المرضى بكبرياء وعجرفة من قبل المهنيين الصحيين.
- سوء التقدير لذكاء ونباهة المرض والافتراض الخاطئ بوجود إنصياع المرضى والتقدير بما يطلب منهم دون حاجة إلى تفسير وتوضيح.
- الافتراض الخاطئ بأن وقت المهنيين المتخصصين أكثر أهمية من وقت المريض.
- فشل العاملين في المستشفى لفهم الخلفية الاجتماعية للمريض والمشاكل الاجتماعية المحتملة المؤثرة على مرضه.
- العمل على تثقيف المريض حول مرضه ، فهو له حق المعرفة وليساهم ذلك في التسرع من شفائه.
- التأكيد على أخلاقيات المستشفى ويشمل ذلك :
- التأكيد على حقوق المريض وإحترامها ويشمل ذلك المساواة بين المرضى فيما يخص بحقهم في العلاج وحسن المعاملة بغض النظر عن العرق والجنس أو الدين أو المركز الاجتماعي والاقتصادي.
- يجب أن لا يتسبب المستشفى بأي أذى أو ضرر للمريض سواء كان ذلك جسديا اجتماعيا أو نفسيا .
- توفير إقامة مناسبة لكافة المرضى.

ب - **الوظيفة الوقائية** : يمكن تصنيف هذه الخدمات على ثلاثة مستويات وهي :

ب-1- **الخدمات الوقائية الأولية** : وهي خدمات محددة ومباشرة يجري التخطيط لها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين ، ومن الأنماط المعروفة، والشائعة في هذا المجال هي حملات التطعيم الجماعي والمواجهة إلى فئات معين من المجتمع كما هو

الحال حملات تطعيم الأطفال في المدارس وقد لوحظ في بعض المستشفيات أخطاء كثيرة.

ب-2-خدمات الوقائية من الدرجة الثانوية : وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها وتشمل خدمات المسح الصحي الشامل أو المسح بالعينات لبعض المواطنين من أرباب العمل أو الشرائح السكانية المعينة التي يتوقع أن تكون لها قابلية للإصابة أو الاستجابة لها أكثر من غيرها.

ب-3-خدمات الوقاية من الدرجة الثالثة : وهي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص وتهدف إلى إعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث وتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة ومنتجة إلى حد ما.

ج- وظيفة التدريب والتعليم : وذلك من خلال إشراف الأطباء القدامى والمتخصصين على الأطباء الجدد وتدريبهم ، وكذلك من خلال الاجتماعات الدورية ودراسة حالات المرض بما يؤدي إلى زيادة معرفة الأطباء ويؤثر على تحسين كفاءتهم لتأدية الخدمة للمجتمع.

ولا يقتصر وظيفته على تدريب الأطباء بل أيضا للمرضى وكل العناصر البشرية العاملة فيه.

ويعتبر المستشفى المكان الأنسب والأمثل للتدريب العملي لكافة المهنيين الصحيين لما يتوفر له من إمكانيات فنية وبشرية أو أجهزة ومعدات ومعامل وللقيام بهذه الوظيفة على أحسن وجه لا بُد من¹ :

- توفير المستلزمات المادية المطلوبة لعملية التدريب والتعليم ، أجهزة ومعدات وعرف التدريس ، وهو ما نجده متمثلاً في مكاتب داخل المستشفيات.

- توفير العناصر البشرية المطلوبة كماً ونوعاً للقيام بأنشطة التعليم والتدريب ويشمل كبار الأطباء.

د- الوظيفة البحثية : يمكن هدف البحث في مجال العلوم الطبية إلى تحسين خدمات الرعاية والعلاج ، فهناك بعض الأمراض ما زالت غير معروفة وتتطلب كثير من الجهد ، ولذلك فعلى المستشفيات وكل حسب إمكانياته من القيام بدورها في مجال البحث العلمي.

هـ- الخدمات الممتدة : إن المستشفى كمركز رئيسي لصحة المجتمع الذي يعمل فيه كمؤسسة إجتماعية نشطة من مؤسساته دائمة التأثير والتأثر بالبيئة المحيطة لا ينبغي له اقتصار دور على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها ، ويسعى في الحصول عليها داخل

¹ - الصيرفي _____ 8.

أسواره بل لا بد له من توسيع أنشطته والخروج بها لتصل إلى بعض المرضى في بيئتهم المنزلية وخاصة الحالات المرضية المزمنة ، أو للمرضى كبار السن حيث يمكن رعاية مثل هؤلاء المرضى والإشراف عليهم من قبل الممرضين والمتخصصين وخدمات الطبيب العام في منازلهم.

2- البنى الاجتماعية للمستشفى :

إن طبيعة المستشفى كتنظيم معاصر قد تشكلت في جانب كبير منها خلال التاريخ وعلى الرغم من أن البناء الاجتماعي لكل تنظيم يطرأ عليه تغير باستمرار طالما كان أعضائه ومتخذي القرار له يحاولون أن يحققوا التوافق بين أهدافه وأوجه نشاطه وبين الظروف المتغيرة ، إلا أن مضمون مصطلح البناء يعني ضمناً أن أوجه النشاط التنظيمي تجري في سياق ثابت نسبياً ، إذا ينطلق السلوك التنظيمي التكييفي من إطار موروث عن الماضي، فيميل الناس إلى أن يقيموا علاقات مع بعضهم البعض وإلى حل مشاكلهم وتنظيم أوجه نشاطهم وتوقع ما يجب عليهم عملهم استناداً إلى الخبرة التي تتوفر لهم من الماضي.

ومما تقدم لا يعني أن المستشفيات كلها متشابهة وهذا ما ينافي الحقيقة بطبيعة الحال ذلك لأن التنظيمات التي اكتسبت هذه التسمية في الواقع تختلف فيما بينها ، ليس فقط في أنواع مبانيها وفي الحجم والموارد المتاحة ، وإنما أيضاً في برامجها وفي أنواع البيئات الاجتماعية وفيما تقدمه لمرضاهها ، وفيما يتعلق بهيئتها والعاملين بها والجمهور ككل. كما يمكن القول كذلك بأن هناك بعض التنظيمات المتشابهة إلى حد ما لدرجة يمكن معها التوصل إلى مجموعة من التعميمات التي تصدق عليها كلها ، ويسير مصطلح المستشفى في حد ذاته ضمناً إلى كل التنظيمات التي لها هذه التسمية سيكون لها أهداف وأوجه نشاط وأبنية اجتماعية متشابهة إلى حد كبير¹.

والبناء الاجتماعي للمستشفى يمثل نسقاً من العلاقات التي تربطها أخلاقيات مهنة الطب والتمريض وغيرها وكذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل تراتبي محدد ومعتبر ومرتب بالتالي أدوار يلتزم بها كل المتعاملين داخل المستشفى وترتب عليهم تبعات ومسؤوليات وتعطيهم مزايا وصلاحيات.

2-1- بناء السلطة في المستشفى :

لقد جاء عالم الاجتماع الألماني ماكس فيبر بمفهوم البيروقراطية كنموذج مثالي لتحليل ودراسة التنظيمات ، ووصف البيروقراطية بأنها تقسيم العمل العقلاني غير الشخصي

والمعتمد على مبادئ الهرمية المكتتبية ومستويات السلطة المتدرجة وحدود رسمية واضحة لاختصاص تحكمها القوانين والأنظمة والتعليمات ، ويعتقد الكثير من علماء الاجتماع بعدم تناغم هذا الطرح مع المستشفيات ، وذلك لطبيعة العمل في هذه المنظمة ، فالأطباء والإداريين تحكمهم مجموعة من القوانين وهما محكومان بشكل غير مباشر لهذه القوانين ويعتقد كل من (ALEXANDER ET FANNEL) أن هنالك طبيعة ثنائية للمستشفيات وسبب نشأة هذا النمط هو الصراع التنظيمي في المستشفى بين البيروقراطية والمهنية، فالطبيب يعتقد بل يصر على ممارسة الأحكام الفردية المستقلة في حدود مهنية ، فكل طبيب يملك حق تقرير المصير، أي يحاول انتهاز المنظور الإداري العقلاني الذي يستند إلى مبدأ الكفاءة التثقيفية لكافة الأنشطة في المستشفى من خلال الإجراءات والأنظمة والتعليمات المطبقة على الجميع¹

ويمتد اثر نسق السلطة المزدوج إلى فئات أخرى تجد نفسها في تنافي بين السلطتين فالمررض باعتباره يتلقى الأوامر من الأطباء من اجل مريضة ، ملتزم من جهة أخرى بتنفيذ الأوامر على نحو يحقق الكفاية المهنية ، ولكنه في نفس الوقت ، يعد من بين العاملين المشاركين في المستشفى ونتيجة لذلك فهو يخضع لكل قواعد وترتيبات التنظيم الإداري ، وغالبا تكون ذات طابع اضطراري ، وذلك في إطار القواعد الإدارية ، ولهذا فانه يقع في صراع بين توقعات الأطباء الذين يأخذون بتعليماتهم وبين توقعات المدير الذي يجب الإذعان لإجراءاته الإدارية².

2-2-تقسيم العمل في المستشفى :

إن تقسيم العمل يعتبر احد سمات التنظيم في المستشفى وبطبيعة الحال أن المستشفيات تقوم على خدمات المهنية الطبية ، والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى ويقوم كل قسم من أقسام المستشفى بوظيفة خاصة يفترض أن تعمل في مجموعها على إبراز أهداف المنظمة ككل ، وهكذا يكون من الواجبات الأساسية الأخرى للمشرفين التنسيق بين كل هذه الخدمات المتباينة في سبيل إيجاد نوع من النظام الرشيد.

ولقد أدى تطور هذه التخصصات ، إلى نوع من التدرج بين العاملين في المستشفى عبر الخطوط المهنية ، وهذا يعني انه بينما تعمل الأشخاص الذين يقعون في هذه الفئات المختلفة إلى جانب بعضهم البعض ، فان اهتماماتهم وولائهم يكون عادة اتجاه جماعاتهم المهنية وليس بالضرورة اتجاه القسم الذي يساهمون في انجاز واجبات أعماله وعلى سبيل المثال في خدمة التمريض يوجد رئيس أو مشرف التمريض والذي يكون مسئولا

154 153

.328

¹ - عايد الوريكات

² -

على أكثر من وحدة ، والذي ينحصر واجبه الأساسي في التأكد من أن كل الواجبات العمل الضرورية قد أنجزت على أحسن وجه ، وخاصة الأعمال التمريضية ، وغالبا ما يكون لهذا المسئول نائب يقوم بمساعدة الرئيس في أعماله ومتابعة الأعمال في غيابه، أو العمل كبديل في المداومات.

كما يوجد تحت مسئولياتهم ممرضات أو ممرضون يعملون في الغرف والقائمين على خدمة المرضى وهم في الأسرة وكذلك طلاب التمريض والذين يوكل لهم رعاية المرضى لفترات متباعدة لكي يتعرفوا على واقع عملية التمريض والتي تختلف عما يتم دراسة في المراجع والكتب ، وبنفس النمط يكون العمل في شتى نشاطات العمل في المستشفى كعمال الفندق والحراسة¹.

II- المورد البشري و الأداء الوظيفي:

1- أقسام المستشفى لأداء المهني :

تحتوي المستشفيات على أقسام داخلية وخارجية وهذا النمط الأخير قد تخلت عليه الجزائر منذ 2007 وأصبح هيكلا يعمل لوحده ويسمى بالمؤسسات الجوارية ، ليبقى المستشفى يضم فقط أقسام داخلية تتولى علاج حالات مختلفة من المرض وذلك حسب طبيعة المستشفى وتخصصه وإمكانيته وعدد الأسرة فيه ، مما يزيد كفاءة الخدمة الصحية وتأتي في المقدمة المستشفيات العامة ، حيث تضم جميع فروع الأقسام الداخلية (باطني ، أطفال جراحة ، عظام، أنف ، أذن ، حنجرة ، وعيون أمراض النساء والتوليد) ، وبالتالي تغطي كافة الأمراض وليس العبرة هنا بعدد الأقسام الداخلية ، فحسب بل بعدد ونوعية التخصصات الطبية والأخصائيين ونوع الأدوية والمختبرات وأقسام الأشعة والمعاملة وطبيعة الأداء المهني ويسر الحصول على الخدمة. أما المستشفيات التخصصية فهي تضم أقسام داخلية تعالج مرضا واحدا تخصص المستشفى في علاجه مثل مستشفى العيون، حيث يضم كادر طبي ماهر متخصص في طب وجراحة العيون ، وهذا يؤدي إلى جودة الأداء المهني وبالتالي كفاءة ادعاء الخدمة الصحية بها.

2 - العلاقات الاجتماعية لمقدمي الخدمات في المستشفى:

تجسد العلاقات الاجتماعية في المستشفيات البعد الحركي الديناميكي الاجتماعي كما تنمو وتتغير وتتحد من خلال علاقات التفاعل الاجتماعي الرمزي وهي بهذا تمثل صيرورة العلاقات الاجتماعية إلى نوع من النمطية التي تميز المستشفى عن غيره من المنظمات.

إن تواجد الأفراد سواء كانوا أطباء أم ممرضين أو متخصصين في مهن طبية أخرى أم كانوا مرضى أو زائرين لمرضى ينتمون لواقع اجتماعي وينقلون معهم مظاهر ثقافتهم بكل ما تعنيه من عادات وتقاليد وأعراف وقيم ومعاملات.

وتعد العلاقات الاجتماعية داخل المرفق الصحي تجسدي للطبيعة النفسية الاجتماعية للأدوار والمسؤوليات والمراكز أو المكانة الاجتماعية الوظيفية التي يقوم بها الطبيب أو الممرض أو المريض أو غيرهم في إطار مهام وأهداف المؤسسة الطبية والصحية.

إن علاقة التفاعل الاجتماعي بين كل الأفراد داخل المستشفى تحتم أنواعا مختلفة من الاتصال بينهم ويكون لهذا الاتصال نواتج تعرف بالعمليات الاجتماعية مثل التعاون والتنافس والصراع والتكيف والموائمة وغيرها ، ولا داعي أن نفصل فيها كوننا قد وقفنا عندها في فصل الحوافز بشيء من التفصيل.

2-1- خصائص العلاقات الإجتماعية :

تنشأ بين العاملين في المستشفى وبين جمهور المستفيد من خدماتها أنواع متعددة من العلاقات الإجتماعية وفي هذه العلاقات يمتزج ما هو إجتماعي بما هو نفسي بما هو مهني تخصص، ويمكن تحديد أهم الخصائص التي تميز هذه العلاقات¹:

- تنظيم هذه العلاقات في إطار من الطبيعة الإجتماعية للإنسان وفي سياق الأدوار والمهام الصحية والإختصاصات في مجال التخصص للمستشفى وبقدر ما تكون هذه العلاقات منتظمة إيجابية بقدر ما يحقق المستشفى أهدافه.
- تعكس العلاقات الإجتماعية في المستشفى مفهوم حاجة الإنسان المريض إلى من يقدم له الخدمة وهنا يبرر البعد الإنساني التضامني لمساعدة المحتاج.
- تأخذ العلاقات الإجتماعية في المستشفى طابع التخصص المهني ضمن منظومة شاملة من التخصصات الأخرى التي يكمل بعضها البعض وفيها يبرر توجه المجتمع نحو التخصص وتقسيم العمل.
- تعبر العلاقات الاجتماعية في المستشفيات عن اهتمام العاملين بها عن أحداث وتحمل مسؤولياتهم.

- تنشأ العلاقات الاجتماعية داخل المستشفيات وتتوصل في إطار من التنظيم الاجتماعي ببناء المؤسسة ووظائفها .
- تعني العلاقات الإجتماعية في إطار المستشفيات المشاركة الإنسانية الفاعلة والتعاون الإجتماعي على تقديم الخدمات الصحية وطبية لمن يحتاجها.

3- الأداء المهني لمقدمي الخدمات في المستشفى :

3-1- الأطباء والأداء المهني للخدمة الصحية:

الطبيب هو " الشخص المؤهل أكاديميا ، مهنيا لأداء دور التشخيص ومعرفة العلة المرضية وعلاجها باستخدام التقنيات والأجهزة الطبية المتخصصة ويكون قادرا على إعطاء حلول متعددة للعلاج ولديه الكفايات الخاصة بأداء مهمة طبية على أكمل وجه ومقدرة على اتخاذ القرار السليم ويساهم ويشترك الطبيب في جميع الحالات التي تساعد على الصحة سواءا الوقائية أو التشخيصية أو العلاجية"².

أ- محددات الأداء المهني للطبيب:

وتتوقف على المعايير التالية³:

¹ - بشير الدويبي
² - الشيخ
³ - الشيخ

2006 : 73 74 والتوزيع 153.

165-155

- الكفاية الأكاديمية والمهنية والاجتماعية والسلوكية فيجب على الطبيب أن يكون ذو كفاية علمية وعملية ليؤدي عمله ويقوم بالإجراءات العلاجية.
- متابعة الطبيب للدراسات العليا في مجال تخصصه ليزيد من كفاءته وكفاية الأكاديمية والعلمية.
- الوحدات التدريبية والدراسات الأكاديمية ومتابعة الجديد في مجال الطب مهم للطبيب ليكون مطلعاً على أحداث المستجدات في مجال تخصصه وعمله.
- من أهم العوامل التي تجعل الطبيب ناجحاً العلاقات الاجتماعية والوضع الاجتماعي للطبيب لأنها تستهل عمليات التشخيص والعلاج وتوفر الوقت والجهد والمال.
- العلاقات الودية المبنية على الاحترام المتبادل بين الطبيب والنسق الطبي.
- التفاني في الإخلاص والانتماء للمهنة ضروري لنجاح عمل الطبيب.
- اتخاذ القرار في الوقت المناسب والذي فيه مصلحة للمريض فيزيد من أدائه المهني.
- على الطبيب العام أن يكون مثقفاً في المجالات الأخرى غير تخصصه بعد إلمامه الكامل بتخصصه.
- الإستعانة بالفنيين المساعدين في المهن الطبية المختلفة والثقة بهم عند التشخيص أو العلاج.
- السرية التامة بما يخص مريض من نواحي المرض أو الحياة الاجتماعية والشخصية للمريض.

3-2- الأداء المهني للمرضى :

عُرف التمريض " بأنه الوظيفة التي لها أسس علمية وثقافية تقترب بوجود مهارات خاصة بشاغلها ، كما تتطلب تلك الوظيفة التكيف الشخصي والخبرة والتخصص " ويضيف آخرون أنه ينبغي أن تستكمل هذه الوظيفة بصحة الضمير الذي يواجه صاحبه ، صاحبها لعمل الخبرة والرقابة على أفعاله . وتعد مهنة التمريض في مقدمة المهن التي تفرض على ممارسيها قدراً كبيراً من التضحية والشجاعة والاستقرار النفسي ، وخصائص إنسانية أخرى تتمثل بالصبر والتحمل والعطف ، سعياً للحصول على صفة ملائكة الرحمان لمريض وخير من يواسيه ويخفف آلامه¹ . ويعرف " الممرض على أنه الشخص المؤهل أكاديمياً وعلمياً ومهنياً لأداء مهنة تعتبر من المهن المساعدة للطبيب وهي مهنة عملية بحتة أي يقوم الممرض بتطبيق وإجراء وعمل التعليمات والنصائح والتوصيات التي يقدمها الطبيب وما دامت عملية فهي تتصف بفنية أدائها وعلمية تطبيقها ومهارة في عملها بعد أن يكون هذا الممرض مؤهلاً

ومعدا إجتماعيا ونفسيا إلى جانب الإعداد الأكاديمي والمهني متصفا بكفايات مهنية وإخلاص في العمل وتطبيق التعليمات والتوصيات وتحرص الكليات والجامعات الطبية على إعدادة إعدادا متوازنا إلى جانب التأهيل الأكاديمي التخصصي للمريض¹.

- التمييز في تعزيز صفة الثقة بالنفس عند تنفيذ المهام ، والتعليم على نكران الذات والتضحية من أجل الآخرين ، وتقديم المساعدة في أي وقت يشاء المريض والمستشفى والمجتمع.

- حلقة وصل ناجحة بين الطبيب والمريض والعائلة والإدارة ويتميز بالتعاون والألفة والعلاقات الإنسانية الحميدة المبنية على الحس لمشاعر المريض ومشكلاته ، فضلا عن الرحمة والرفقة للآخرين.

- توطيد صفات التسامح للملاكات العاملة في هذه المهنة الشريفة ، وضبط النفس والقابلية على كبت الانفعالات السلبية بما فيها التعب والعصبية.

- تنويع مجالات العمل للملاك التمريض ليشمل مثلا صحة الأمومة والطفولة الصحة المهنية ، الصحة الريفية ، صحة العجزة والمسنين الرعاية الفائقة في ردهات الانتعاش الصحة النفسية والعقلية... الخ.

- إبراز دور الملاكات التمريضية في تعليم الآخرين وتدريبهم في مدارس التمريض والعمليات والكليات².

وهناك من يضيف إلى المهام السابقة³.

- توفير الرعاية الصحيحة والدقيقة للمريض.

- تنقيف المرضى وأسرهـم.

- مساعدة الآخرين وإيجاد طرق ووسائل حديثة لتقديم الخدمات للمرضى.

- الحملات العامة ، مثل حملات التطعيم ضد الأمراض السارية والوبائية⁴.

أما مسؤوليات الممرض في المستشفى ليس محصورة إتجاه رعاية المرضى فقط وإنما نحو تلك المهنة المقدسة ، المقدمة للإفراد ، وتتضح في أربع صور هامة :

• تحسين الصحة.

• منع المرضى.

• إعادة الصحة التأكد من المعافاة من المرض.

• تقليل المعاناة.

156	_____	الشيخ	- 1
34 33	_____		- 2
180	_____	سليمان	- 3
2012	_____	شيخ	- 4
1	_____		
157	_____		

4- الفنيون والخدمة الصحية :

ويقصد بالفني الطبي : "هم العاملون في تخصصات الطب المساعدة والذين تم تأهيلهم أكاديميا ومهنيا وفنيا لأداء مهنة تختص بالمحال الطبي وتساعد الطبيب على عمليات التشخيص والعلاج الوقاية وتتصف هذه الفئة بالعلم والمعرفة في مجال تخصصهم" ومن هذه المهن :

- فنيو المختبرات الطبية.
- تكنولوجيا الأشعة.
- التخدير والإنعاش.
- الصيدلة
- المصاعب والمشاكل التي تواجه الفنيون في أدائهم المهني :
- عدم وثوق المرضى أحيانا بالتحاليل المخبرية للأشعة التشخيصية .
- عدم وجود أجهزة متطورة لتشخيص والعلاج.
- عدم إنصياح المرضى لتوصيات الطبيب وأداء عمل الفني في إستخدام الأجهزة والأدوات الخاصة بالتشخيص والعلاج.
- تعرض بعض العاملين بالمهنة الطبية لبعض الأمراض السارية أو الأشعة مما يزيد مخاطر الإصابة بالأمراض السارية أو المعدية أو الخطيرة.
- عدم تقدير المجتمع لوظائفهم ومنهم التي تعد من المهن الخطيرة والحساسة الهامة¹.

II - الخدمات الصحية والمفاهيم المرتبطة بها :

1- مفاهيم متعلقة بالصحة :

بدأ الاهتمام بقضايا الصحة بعد ظهور الأمراض العضوية منها والإجتماعية والتي فرضت على الإنسان الإتجاه إلى الصحة سواء وقائيا أو علاجيا ، لأنه أصبح بحاجة إلى الصحة للابتعاد عن شبح المرض والموت لأن الحاجة أم الاختراع ، وشعور الإنسان بالصحة يجب أن يكون في جميع ما يتعلق بالإنسان من قضايا مباشرة أو قضايا خفية وباكتمال جميع النواحي الفسيولوجية العملية و الإجتماعية ولعلنا نذكر قول القائل "الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يعرفه إلا المرضى" .

1-1- مفهوم الصحة :

الصحة لغة : البرء من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض.

إصطلاحا : الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان، يصعب إعطاء تعريف دقيق وشامل لها، وهذا لتطور هذا المفهوم عبر تاريخ البشرية، والذي يعني انه في كل مرحلة تاريخية يعطي له تعريف لما يوافق ظروف تلك المرحلة ، وقد ازداد صعوبة اليوم لتعدد وإختلاف آراء الباحثين ، إضافة إلى أنها في قلب النقاشات الإجتماعية، وإهتمامات المجتمع ، مما يجعل منها مفهوم متعدد الأوجه وفي حالة تحول دائم، نلخص ما جاء من تعاريف فيما يلي¹ :

● الصحة الخلو من المرض .

و هذا التعريف قاصر و ناقص إذ يصف أن الصحة تعني عدم المرض .

الصحة هي حالة يستطيع فيها العضو أن يؤدي دوره وفي هذا التعريف يربط الصحة بأداء الأعضاء لأدوارها .

● الصحة هي غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز و العلل و هذا التعريف يحاكي التعريفين السابقين .

- و عرفها (نيومان) "الصحة عبارة عن حالة التوازن النسبي بوظائف الجسم ،التي يتعرض لها الجسم ، كما أن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم قوة الجسم للمحافظة على التوازن "

يصف نيوومان الصحة على أنها قدرة جسم الإنسان على التحمل و التكيف مع بيئته الإجتماعية و الطبيعية مهما كانت العوامل المحيطة و التأقلم معها للعيش .

و قد عرفت المنظمة العالمية للصحة OMS في دستورها سنة 1948 "حالة من الكفاية و السلامة الكاملة الجسمية و العقلية و الإجتماعية و ليست مجرد الخلو من المرض و الضعف"¹ ونقدم التعريف كما جاء في دستور OMS:

" la santé est un état de complet de bien être physique, Montale et social et ne consiste pas seulement l'absence de maladie ou d'infermité ."

يصف هذا التعريف و الذي جاء في ظروف بعد الحربين العالميتين بأن الصحة هي التقاء الأبعد الثلاثة للإنسان من الجسد و العقل و البيئة الاجتماعية .

- الصحة الجسدية : تعني القدرة على قيام الجسم بالوظائف الفيزيولوجية و الميكانيكية، وهذا البعد الأكثر وضوحا و شهرة
- الصحة العقلية : تعني القدرة على أن نفكر بوضوح و تناسق القدرة على التعلم و القدرة على اتخاذ القرارات .
- الصحة الاجتماعية : تتضمن القدرة على القيام بأدوارنا الاجتماعية كبناء الأسرة و تحمل مسؤولية الأبناء بالتربية و التعليم ، و القيام بالواجبات تجاه العمل ...و إقامة علاقات إجتماعية و ضمان إستمرارها مع الآخرين .

وقد تتالت المؤتمرات العالمية لتصويب المفهوم ، ففي عام 1977 رسمت الدول الأعضاء في المنظمة العالمية للصحة O M S هدفا رئيسيا وهو توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000 م ، وذلك بهدف الوصول بمستوى صحي للأفراد و الجماعات يمكنهم من حياة أكثر فعالية و إنتاجية على المستويين الإجتماعي و الإقتصادي .

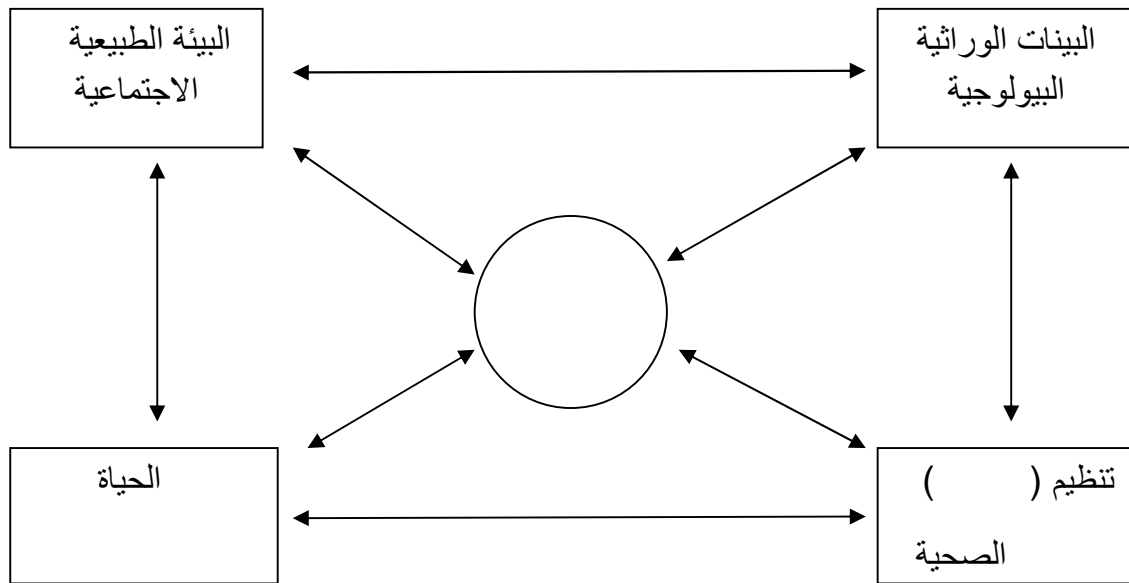
و في مؤتمر الما -آتا (Alma - Ata) حيث أُعْتُبرت الصحة كحالة مرتجاة من الوفاة على المستوى الجسدي و النفسي و الاجتماعي ، إضافة إلى تأكيد الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان .

تعريف مؤتمر شارت أوتاوا 1986 " الصحة هي قدرة فرد أو مجموعة من الأفراد لتحقيق طموحاتهم و تطلعاتهم و إشباع حاجياتهم هذا من جهة ، و من جهة أخرى القدرة على الاستمرار في التكيف مع البيئة ، ولذلك ينظر للصحة على أنها مورد للحياة وليس هدفا لها ن فهي مصطلح ايجابي يضع في أولوياته الموارد الشخصية و الاجتماعية فضلا عن القدرات البدنية ، و تعزيز الصحة لا يعتمد على القطاع الصحي وحده بل يتعداه ليشمل نمط الحياة كما يهدف إلى الرفاه "

و قد أورد لالند ¹ "أن الصحة هي النقاء أو التوازن بين أبعاد أربعة و الممثلة في البيانات الوراثية و البيولوجية البيئية و الطبيعية و الاجتماعية ،منظمات الخدمات الصحية ،و نمط الحياة و السلوك في المجال الصحي" .

¹ - [http : //www.iumsp.eh](http://www.iumsp.eh). consulter le 03/05/2013 a 10h30'

الشكل رقم (08) : الأبعاد الأربعة للصحة حسب لالند .



Source: Lalonde, M "Nouvelle perspective de la santé des canadiens" , ministère de la santé et de bien être sociale , Ottawa 1975

2-1- مفهوم الصحة العامة :

يشير مصطلح الصحة العامة إلى طائفة واسعة من الأنشطة التي يجري تنظيمها على جميع مستويات المجتمع ، و تستهدف هذه الأنشطة أن تحقق بطريق مباشر أو غير مباشر ، تحسين صحة السكان ، بوقايتهم من المرض ، أو إطالة أعمارهم أو تعزيز صحتهم ويمكن استخدام مصطلح الصحة العمومية ليشير إلى علم و فن الوقاية من المرض ، هذا في مجمله ، و هو خدمة عمومية تُسّير و تنظم من طرف الدولة فهدفها الأسمى تحسين صحة السكان و تهيئة الظروف الملائمة ، و القيام بالتنقيف الصحي و الحملات التحسيسية لحفظ و حماية الصحة و تشجيع البحث العلمي في المجال الطبي ، بمساهمة الأطباء الخبراء ، الممرضين ، و البيولوجيين و علماء الاجتماع و الإحصاء .

و قد عرف (جون لاسـت) الصحة العمومية " هي أحد الجهود التي ينظمها المجتمع لحفظ صحة الناس ، و تعزيزها واستعادتها ، و هي توليفة من العلوم ، والمهارات و المعتقدات موجهة لصون صحة جميع الناس و تحسينها من خلال إجراءات جماعية أو إجتماعية و تركـز البرامج ، و الخدمات ، والمؤسسات المعنية بها على الوقاية من المرض و الاحتياجات الصحية لعموم السكان . وتتغير أنشطة الصحة العمومية بتغير التكنولوجيا و القيم الاجتماعية ، غير أن مراميها تبقى كما هي بلا تغير و تتمثل هذه المرامي في : حفظ معدلات المرضى والموت المبـتسر ، وتقليل ما يسببه المرض للسكان من انزعاج وعجز وعلى ذلك ، تعتبر الصحة العمومية مؤسسة إجتماعية واختصاص علمي وممارسة " .

وجاء تعريف الصحة العمومية في موسوعة Wikipedia عن وكالة الصحة العمومية الكندية¹ "دراسة المحددات الفيزيائية والنفسية الاجتماعية والاجتماعية الثقافية الصحية للسكان هذا من جهة ومن جهة أخرى هو نشاط يهدف إلى ترقية صحة السكان" وتضيف الوكالة "هو نشاط منظم للمجتمع يهدف إلى الترقية والحماية وفي المستوى الآخر إعادة صحة الأفراد والجماعات أو صحة السكان برمته" .

وقد عرفها العالم (ونسـلو)² (Winslow) 1920 "أن الصحة العامة هي علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل :

¹ - w.w.w. Wikipedia, "définition de le santé publique", consulter, le: 03.05.2013 a 10.30' h

- تحسين صحة البيئة .
- مكافحة الأمراض المعدية .
- تعليم الأفراد الصحة الشخصية .
- تنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض
- تطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية .
- أضيف لها خدمات الصحة النفسية .

1 - 3- المفهوم الاجتماعي للصحة العامة :

كما أشرنا في تعريف الصحة بأنها متعددة التعاريف وذلك لتطور هذا المفهوم عبر التاريخ وأيضاً كونه يقع في قلب النقاشات الاجتماعية اليومية للمجتمع لذلك نجد لهذا المفهوم تعابير بديلة أو مكملات من قبيل الطب الاجتماعي وصحة المجتمع، وهذا تأكيداً للصلة والارتباط الوثيق بين الصحة والعلوم الاجتماعية، وهناك مجموعة من الأسباب تدعم وجهة النظر هذه¹ :

1 - الفلسفة الحديثة للصحة العامة: فقد تحول اتجاه الصحة العامة من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع، حتى أصبح تعريف الصحة مرهون بالمجتمع فقد عرف البعض الصحة العامة بأنها "علم تشخيص وعلاج المجتمع" .

2 - مصطلح الصحة العامة أو العمومي: حيث أن كلمة العامة أو العمومي تعني الناس وهذا يعني ضرورة دراسة العامة (المجتمع) حتى يتحقق أعلى مستوى من الصحة لهم .

3 - تعريف الصحة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية: والذي جاء فيه بأن الصحة هي حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية ... فظهرت الناحية الاجتماعية كأساس في التعريف .

¹ - عبد المجيد الشاعر، وآخرون _____ 69 .

4 - المشاكل غير الطبية للمشاكل والأمراض الصحية: كثير من الأمراض تنتج مباشرة أو غير مباشرة وأسباب غير طبية، وإنما مرتبطة بالحياة الاجتماعية للمجتمع من عادات وتقاليد وثقافة والأمثلة كثيرة :

- إرتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع بسبب الفقر الجهل الأمية والإعتقاد الخاطئ بالقضاء والقدر .

- إنتشار الأمراض المعدية التي تنتج عن عدم النظافة. وانتقال الأمراض عن طريق المياه الملوثة

5 - المعتقدات والطرق غير العلمية في أسباب وعلاج الأمراض:

- تنشر في المجتمعات النامية طرق وأساليب للعلاج من الأمراض بطرق علمية غير ناتجة عن نتائج تقاليد وأعراف هذه المجتمعات من العلاج من الأمراض على أسس انه من الحسد أو العين أو السحر ...

1 - 4- مستويات الصحة :

الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يكمن أن يوفر مرة واحدة للجميع ولكنها يجب أن تتطور وتضاف باستمرار، بواسطة الجهود المشتركة من الفرد والمجتمع، فالصحة تتراوح بين المثالية في أقصى حد لها إلى أدنى حد هو الموت، وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كما يلي¹ :

1 - الصحة المثالية : وهي درجة التكامل والمثالية والبدنية والنفسية والاجتماعية .

2 - الصحة الإيجابية : وفيها تتوفر طاقة صحة ايجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل، والمؤثرات النفسية والبدنية والاجتماعية دون ظهور أعراض مرضية .

3 - سلامة متوسطة : وهي لا تتوفر فيها طاقة إيجابية من الصحة وعند تعرض الفرد والمجتمع للمؤثرات الضارة يسقط هذا الفرد والمجتمع فريسة للمرض .

4 - المرض الظاهر : وهنا يشكو المريض من أعراض مرضية واضحة، ولكن ويمكن إكتشاف المرض بعلامات وإختبارات خاصة .

5 - المرض الظاهر : وهنا يشكو المريض من أعراض يحس بها أو من علامات مرضية ظاهرة عليـة .

6 - مستوى الإحتضار : وفي هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند الفرد إلى حد بعيد يصعب معها أن يستعيد صحته .

2 - مفاهيم متعلقة بالخدمات الصحية :

2-1- مفهوم الخدمات الصحية:

في البداية جدير بنا أن ننوه أن الخدمة الصحية لها نفس المدلول للرعاية الطبية¹ . فالخدمة الصحية من المنتجات التي تقدمها المستشفيات ، المستوصفات المراكز الصحية العيادات والجهات ذات العلاقة بغرض المحافظة على سلامة الجسمية والعقلية² . يشير هذا التعريف بان هناك هيئات أنشأتها الدولة للمواطنين بغرض الحفاظ على صحتهم وسلامتهم .

ويعرفها (مخير وطعامنة) على أنها "الخدمات التشخيصية، العلاجية التأهيلية الإجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة ، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية"³ .

هذا التعريف هو تفصيل للتعريف الذي قبله فالخدمة الصحية تبدأ من تشخيص المرض وما يتضمنه من تحاليل إشعاعية ومخبرية إلى غاية تقديم الخدمات التمريضة والسريـرية .

وقدم (مريزق عدمان) تعريفا للخدمة الصحية "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من

1 - المجيد
2 - خليل
3 - العزيز مخيمر،
العربية للتنمية الإدارية 2003 .
تسويق وتطبيقاته : المناهج 2005 36 .
الاتجاهات الحديثة للمستشفيات (المفاهيم والتطبيقات) القاهرة:
يازوري 2000 90 .

الأمراض المعدية"¹ يوضح هذا التعريف أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة .

وعرفها (صلاح محمود ذياب) على أنها "مجموعة الخدمات الطبية الوقائية لكافة أفراد المجتمع بهدف رفع مستوى الصحة للمواطنين ومنع انتشار الأمراض و الأوبئة وعلى أن تشمل كافة الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي ، ومن هذه الخدمات التربية الصحية والماء الصالح للشرب والتغذية والتطعيم وصحة الأم والطفل وتوفير الأدوية والعلاجات...الخ"²

يشير هذا التعريف إلى أن الخدمات الصحية هي مساعي الدولة للرفع من مستوى صحة المواطنين من خلال التطعيم، والماء الشروب والغذاء الجيد وتوفير الأدوية عند المرضى

2 - 2 - أنواع الخدمات الصحية :

تصنف الخدمات الصحية حسب طبيعتها وميادينها إلى ثلاثة أنواع رئيسية التي تحوي بدورها على أنواع من التخصصات:

الخدمات الباطنية سواء كانت وقائية أو علاجية، مثل الطب العام، طب الأطفال .

الخدمات الجراحية أو الطب الجراحي، مثل جراحة العيون، جراحة الأسنان .

الخدمات الطبية أو الطبية المساعدة، مثل الخدمات التمريضية³ أما إذا صنفناها حسب معيار متلقي الخدمة فنجد :

الخدمات الصحية الشخصية : هي التي تقدم للفرد من طرف الطبيب أو المؤهلين للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية، يشمل هذا الصنف من الخدمات خدمات الرعاية الخارجية التي لا تشمل على أي رعاية إيوائية للمستفيدين، خدمات الرعاية الداخلية التي تحتوي خدمات إيوائية أو إستشفائية .

خدمات الصحة العامة التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها وتتولى عادة الدولة تقديمها¹.

¹ - مريزق
² - ذياب،
³ - المهدي

المحلية الصحية	1	:	الراية	2012	35 .
الرعاية الصحية	1	:		2010	168
الصحية، مفاهيم، نظريات وأساسيات	1	:	الصحية		

90 91 . 2004

أما إذا صنفناها حسب مقدم الخدمة فنجد :

الخدمات الفردية والخاصة بالطبيب مثل الفحص المباشر أو السريري والتشخيص الأولي للمرضى ثم علاجه وهذه خدمات مباشرة من الطبيب للمريض، إذن هذه الخدمة تقدم من طبيب واحد يستفيد منها مريض واحد .

الخدمات الجماعية والخاصة بأعضاء النسق الطبي المرافقين والمساندين والمساعدین للطبيب مثل خدمات التمريض والأشعة والعلاجي الطبيعي والمختبرات والسجل الطبي والتغذية الأخصائي الاجتماعي...² .

2 - 3- مستويات الخدمة الصحية :

إن في أي نظام صحي هناك أربعة مستويات من الرعاية الصحية وتبدأ مسؤولية الرعاية الصحية تتحمل الأسرة مسؤولية حماية ورعاية أفرادها في الأمور وقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها والتي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويرتبط الوعي الصحي في الأسر بالمستوى الثقافي والاجتماعي لكل أسرة .

أ- مستوى الرعاية الصحية الأولية :

تعرف منظمة الصحة العالمية OMS الرعاية الصحية الأولية وهذا بعد مؤتمر الما- آ تا على أنها "الرعاية الصحية الأساسية القائمة على وسائل علمية وعملية ومقبولة اجتماعيا والتي يقدمها الجهاز الصحي لكافة أفراد المجتمع وعائلاته ومشاركتهم الكاملة على أن تناسب المجتمعات والحكومات التي تطبقها من حيث التكلفة بحيث تحافظ على تطورها في كل مرحلة مراحلها مع مراعاة الاعتماد على الذات وتحديد المشاكل الصحية الخاصة"³. يؤكد هذا التعريف على أن الرعاية الصحية الأولية تكون نابعة من المجتمع وتغطي معظم فئاته ، وأن تكون وفق معايير علمية ووفق ما يتطلبه المجتمع المحلي ومشاركته .

ويتم في هذا المستوى تقديم الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات وتشمل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي والتماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة ويعتبر هذا المستوى على درجة كبيرة من الأهمية نظرا لأن الغالبية العظمى من الحالات المرضية في هذا

25 26 .

والتوزيع 2004

الرعاية الصحية الرياض :

117

الشيخ

3- . 25 . 11 . 2013 . http // www . dha . gov . ae / ar / sectors directorates primary health care , aspx

المستوى لا يتطلب خدمة الأطباء الأخصائيين وبالتالي يمكن تقليل تدفق المرضى وتخفيف الإزدحام على العيادات التخصصية¹.

وجدير بالذكر بأنه في هذا المستوى تقدم الخدمات الصحية الأولية أيضا من طرف مساعدين طبيين والممرضين، وهذا بعد تلقيهم تدريب مناسب وهذا الذي نجده في بعض الوحدات الصحية وخصوصا في الأرياف.

لضمان النجاح لهذا المستوى لكونه الركيزة الأساسية للخدمات الصحية فعلى أفراد الفريق الطبي أن يتفهموا المجتمع الذي يعملون فيه عن طريق إجراء إتصالات مختلفة بمشاركة المواطنين في تحديد المشاكل الصحية وتعريفها ووضع الحلول المناسبة لها

- العمل بفعالية داخل المجتمع، على مستويات مختلفة، وليس على مستوى العيادة فقط
- ومن أجل فهم المجتمع وفي سبيل تلبية إحتياجاته على أفضل وجه ممكن فإنه يتوجب على الفريق الصحي إتباع الخطوات التالية :

* الإستماع إلى آراء الناس فيما يتعلق بالخدمات الصحية ودراسة تلك الآراء وفهمها جيدا.

* التحدث إلى الناس ومناقشتهم فيما يتعلق بالخدمات وإتخاذ القرار السليم .

* تشجيع الناس وتنظيم ، للإفادة من مشاركتهم في تقديم الخدمات لتحديد المهم والأهم².

ويتضمن تقديم الخدمات التالية للمواطنين³ :

- رعاية الأمومة والطفولة .
- طب الأطفال والصحة المدرسية .
- مكافحة الأمراض السارية .
- صحة البيئة وتحسينها .
- صحة الأسنان الوقائية والعلاجية .

¹ - فريد توفيق نصيرات _____ 2008 . 73

² - أيمن مزاهرة _____ 2003 . 37

³ - المجيد _____ . 88

- صحة العيون .
- الإرشاد والتثقيف الصحي والاجتماعي .
- الفحص السريري والمعالجة الدوائية .
- الفحص الجراحي والمداخلة الجراحية البسيطة .
- الإحصاء الجراحي في كافة الفروع أعلاه .
- ويتم تقديم هذه الخدمات وفق الشروط التالية¹ :
- عدالة التوزيع .
- التقنية المناسبة .
- التنسيق مع الجهات ذات العلاقة بالرعاية من الجهاز الصحي وخارجه .
- مشاركة المجتمع .

ب - مستوى خدمات الرعاية الطبية الثانوية : والممثلة في تقديم العلاج الدوائي والجراحي للمرضى والممولين في المستوى الأول، وتقويمهم في المستشفى والمراكز الطبية في مجالات الطب الرئيسية، وهي الجراحة العامة والباطنية والنسائية والتوليد والأطفال² .

ج - مستوى خدمات الرعاية الصحية الثالثة : وهي الخدمات الصحية المتطورة والتخصصية وهي على درجة عالية من التخصص الدقيق مثل خدمات أمراض وجراحة الأعصاب، وأمراض وجراحة القلب والجراحات التجميلية وغيرها من التخصصات الدقيقة وعادة ما يتم التعامل في هذا المستوى مع حالات محولة من المستوى الثاني³ .

د - مستوى خدمات الرعاية الطبية الرابعة أو التأهيلية : وتشمل خدمات كبار الأطباء والمستشارين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العملية والمهارات المميزة

¹ 45h , 21a le 03.05.2013 , w.w.w. Wikipedia .com -الرعاية الصحية الأولية

² - ذياب 171 .

³ - فريد نصيرات 74 .

والتوجهات العلمية والبحثية وعادة ما يتم توفير هذه الخدمات من خلال مراكز صحية على المستوى الوطني أو الإقليمي نظرا لكون هذه الخدمات تطلب من قبل عدد محدود من السكان إضافة إلى تكلفتها العالية .

2 - 4- ضوابط و كفايات الخدمات الصحية ومقوماتها :

لتقديم خدمات صحية مقبولة ومتميزة يجب أن تتوفر على مقومات أساسية ونقابات خاصة¹

أ - الكفاية الكمية :

وهي أن يتم توفير خدمات صحية تكفي أفراد المجتمع في مختلف المناطق الجغرافية وفي نفس الوقت يتم توفير جميع أنواع الخدمات الصحية :

1- توفير عدد كاف من الطاقم البشري المقدم للخدمة الصحية بحيث يكون عددهم كافيا لتقديم هذه الخدمات ويشمل ذلك المتخصصين في المجالات الطبية التالية :

الأطباء، الممرضين، القابلات، الجراحين، التخدير والإنعاش، الأشعة، المخبريين السجل الطبي... الخ .

2 - الكفاية الكمية لإعداد وحجم المؤسسات الصحية وتشمل : المراكز الصحية الأولية والشاملة، المستشفيات، المراكز الطبية المتخصصة، الصيدليات، المختبرات بنوك الدم، مراكز الأشعة، مراكز الأمومة والطفولة... الخ .

3 - أن تكون الخدمات الصحية سهلة المنال، بمعنى أن يستطيع المواطن الوصول إلى هذه الخدمات بسهولة وسير المواصلات وفي نفس الوقت الوصول الى الخدمات من حيث التكلفة، أي أن يكون لدى الأفراد القدرة المالية على تغطية تكاليف حصولهم على الخدمات الصحية .

4 - توفير الخدمات الصحية في هذه الأماكن على مدار 24/24 سا دون انقطاع .

5 - مراعاة تغطية الخدمات الأساسية بشكل مجاني أو إجباري لبعض المواطنين في ضوء بعض الظروف الخاصة بهم .

110 - 118 .

75 - 82 .

1

شيخ

- فريد توفيق نصيرات

- ايمن

- 6 - مراعاة الكثافة السكانية والطبيعية المرضية لكل منطقة جغرافية .
- 7 - تقديم الخدمات الصحية بكمية ونوعية مناسبة ومنسجمة مع القيم والعادات والتقاليد لذلك المجتمع .
- 8 - أن تكون الخدمات الصحية شاملة والشمولية تعني تقديم الخدمات لكافة المواطنين بغض النظر عن المتغيرات الديموغرافية لكافة المناطق الجغرافية والشمولية تعني أيضا توفير جميع مستويات الخدمات الصحية الممكن تقديمها وتوفيرها في ضوء الإمكانيات المتاحة .

ب - الكفاية النوعية :

لا يكفي لتوفير الخدمات الصحية زيادة عدد أعضاء التنسيق الطبي أو الوحدات الصحية بل يجب أن تتصف هذه الخدمات بالنوعية الجيدة وبكفاءة متقدمة ومقدرة عالية وإمام جيد بخبرة مناسبة من جميع النواحي العلمية والأكاديمية والعملية وتشمل على :

1 - وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من يمتهن بمهنة الطبيب (الطبيب، الممرض) وكذلك بالنسبة للأدوات والأجهزة، ووسائل العلاج والتشخيص.

2 - العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدليا أو معالجا، وهذا يعني وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات والعلاجات الطبية، وكذلك وضع برامج تنشيطية بصفة دورية لتأهيل وإعادة تنشيط وتجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، بحيث تكون هذه الدورات إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة .

3 - رفع مستوى وكفاءة الشؤون الخدماتية المساندة للرعاية الطبية لتقديم خدمات متميزة وسريعة وشاملة ومتطورة .

4 - تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الصحية .

5 - تحسين وتطوير العلاقة بين النسق الطبي والمجتمع وبين العاملين في النسق الطبي أنفسهم لتكون العلاقة ايجابية حضارية مبنية على الاحترام والتقدير .

6 - التعاون والبناء المستمر الايجابي ما بين المؤسسات الصحية والعاملين في النسق الطبي مع المؤسسات والجمعيات والمنظمات المساندة للخدمات الصحية .

7 - التركيز على التكنولوجيا المتطورة الحديثة من حيث المرجعية والاستعمال والاستخدام والاستفادة من خدماتها (الانترنت، الحواسيب، الإعلام المسموع والمرئي...).

2 - 5- خصائص الخدمات الصحية :

نشير بإيجاز خصائص الخدمات الصحية¹ :

- * غير ملموسية : عدم إمكانية لمسها ومشاهدتها .
- * التلازمية وعدم الانفصال : أي أنها تنتج وتقدم للانتفاع في وقت واحد .
- * عدم التجانس : عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فمقدم الخدمة الصحية يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات مماثلة، ومتجانسة على الدوام .
- * غير قابلة للتخزين: أي عدم إمكانية الاحتفاظ بها لحقبة من الزمن .
- * عدم التملك : أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها .
- * قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية : تتنوع الخدمة الصحية من فرد إلى آخر كل حسب ما يعانيه من مرض، حتى الفرد الواحد قد يحصل على خدمات متعددة : فمثلا المريض الذي يعاني السكري يتم فحصه من طرف الكثير من المختصين، لمختص السكري ، والطب الداخلي ، وطب العيون .
- * الخدمات الصحية غير قابلة التأجيل : تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة .

V - جودة الخدمات الصحية :

1 - مفهوم الجودة :

مع أن جميع الناس يتفقون على الاهتمام بجودة الخدمات و المنتجات إلا أنه لا يوجد اتفاق بينهم على تعريف الجودة ، فهي مثل " الحرية " " " مفهوم فضفاض يصعب تحديده كما أنه لا يوجد اتفاق على كيفية قياسه ، و سبب ذلك أن الجودة لا توجد بمعزل عن سياق استعمالها ، و الأحكام تختلف حسب المنظور الشخصي ، الذي يطلب منه الحكم عليها و حسب الغرض ¹ .

و عموما يرجع مفهوم الجودة (quality) إلى الكلمة اللاتينية (qualitas) طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء و درجة الصلابة ، و قدما كانت تعني الدقة و الإتقان من خلال قيامهم بتضييع الآثار و الأوابد التاريخية و الدينية من تماثيل و قلاع و قصور بغرض التفاخر بها ، أو لاستخدامها لغرض الحماية ² .

:

مة جاد ، و تعبر عن كون الشيء جيدا ، و عندما يقال جاد المتاع و جاد العمل فهو يعبر أنه جيد ، و جاد الشيء أي صار جيدا ، و أجاد الإنسان بشيء يعني أنه أثر بالجد ، فالجودة هي مصدر من أصل لفظ () و هي على وزن مثل الكيفية الذي مصدره لفظ (كيف) ، و كيفية الشيء تعني حالته و صفته .

الجودة من أجاد و أتى بالجد من قول أو عمل ، و أجاد الشيء : صيره جيدا ، و الجيد يعني نقيض الرديء ، و جاد الشيء جودة بمعنى صار جيدا ³ .

- مفهوم جودة الخدمة الصحية :

إن المتتبع لفكرة جودة الخدمة الصحية سيلاحظ أن الاهتمام بهذه الفكرة قديم قدم الخدمة الصحية التي هي امتداد للتاريخ البشري ، ففي بابل القديمة في عصر الملك حمورابي كانت للجودة الصحية أهمية بالغة فقد كان الطبيب الذي يقترف أخطاء يتعرض للقصاص وذلك بتطبيق قاعدة (السن بالسن والعين بالعين) وكذلك الحال في كل

¹ - سوسن شاكر مجيد ، محمد عواد الزيات ، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في الصناعة و التعليم 1 -

2007 - 15 .

² - مأمون سليمان دراكة ، 1 - 2008 - 16-15 .

³ - نزار عبد المجيد البرواري ، لحسن عبد الله باشيوة ، إدارة الجودة مدخل للمميز مفاهيم و أسس تاريخ ، ص 137 .

الحضارات ، فقد بلغت أوجها في العصر الإسلامي لما أدخله النبي محمد صلى الله عليه وسلم من أفكار جديدة ومن تعاليمه السامية قوله " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه " ¹، وفي العصر الحديث تعتبر دراسة فلورنس نتنغل Florance Nightingal الممرضة البريطانية 1860 ، واشتمل نظامها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى .

فقد أدى مجهودها إلى خفض معدل الوفيات بين الجنود الجرحى أثناء إحدى أشد الحروب الأوروبية دموية ، بإدخالها ممارسات التمريض الحديثة في رعاية المرضى ثم تحول الاهتمام من تحسين النتيجة إلى الاهتمام بالبنية ، ففي عام 1910 قام الطبيب الأمريكي (فليكسنر Flexnor) بنشر تقريره حول تقييم وضع التعليم الطبي في كليات الطب الأمر الذي مهد الطريق لمزيد من الاهتمام بتحسين تعليم الرعاية الصحية ، وتحسين تدريب العاملين بها ² .

وفي عام 1915 طورت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجا لمعايير معينة على أداء المنشآت الصحية ، وقد اشتمل هذا البرنامج على معايير خمسة:

- 1 - التأكد على أهمية تنظيم الأفراد .
- 2 - التأكد على أهمية الاجتماعات الشهرية .
- 3 - التأكد على أهمية التدقيق في السجلات الطبية .
- 4 - التأكد على أهمية الإشراف الفعال الكفاء .
- 5 - التأكد على أهمية اعتماد الأطباء وإجازاتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب

وفي عام 1952 أنشئت اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات و التي أعيد تسميتها لاحقا، و أصبحت تعرف باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية JCAHO.

و قد ساهم مفهومي الاعتماد و الشفاء على تطور عملية الجودة، و قد تراوح مفهوم الجودة الصحية بين التركيز على البنية إلى تركيز على معايير المتعلقة بالعمليات و

¹

² - مريزق

في السنوات الأخيرة أي في الثمانينات عاد الاهتمام بجودة النتائج¹ ، وهذا ما جاء به (دونابيديان) **Avedis donabedion** في سنة 1960 بنموذجه المتكامل لجودة الخدمة الصحية وتوصل إلى أن الحكم على الجودة يتم من خلال المكونات الثلاثة للنظام أو ما يسمى بمقاربة الثلاثة مراحل :

- المدخلات Structures : الموارد البشرية، والمالية، أو البنية و الموارد البشرية أي مختلف الوسائل المادية البشرية التي تسمح للمنظمة الصحية لأداء دورها المنوط بها على أكمل وجه.

- العمليات les Processus : و هي خصائص الخدمة ذاتها، و تصنف بمختلف النشاطات المنتجة من طرف المعالج (مؤسسة، فرد)

• النشاطات السريرية المباشرة كإجراء عملية جراحية

• النشاطات العيادية غير مباشرة، كإجراء تحليل الدم، الأشعة

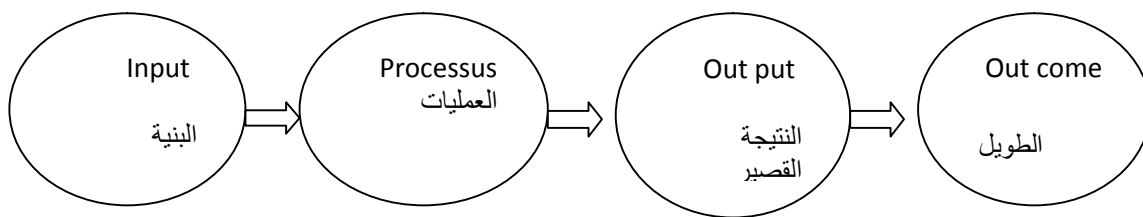
• النشاطات غير عيادية : و التي لها علاقة بالعلاج أو بالخدمة الصحية يعني أنها تكون مرتبطة بالمنظمة لتحقيق الخدمة الصحية في ظروف جيد كصيانة العتاد الطبي، النشاطات الإدارية .

- النتيجة : وتتمثل في الحالة النهائية للمريض أو المجتمع وهذا بعد إجراء هذه النشاطات

(نسبة الوفيات ، نسبة الشفاء ، مقدار الرضا عن الخدمات المقدمة) .

ليتوصل في الأخير Donabediau إلى إعطاء تعريف للجودة الخدمة وهذا وفقا لنموذجه " صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية بعد أن يأخذ في الحسبان بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها " .

(09) نموذج دونا بيدون لجودة الخدمة الصحية



Source: Cloude vilcent et hervé lecelet , op , cit ,P2

وقبل الولوج لإعطاء مجموع التعاريف المقترحة من طرف العلماء والمنظمات العالمية للصحة ، فإنه ينبغي أن نفرق بين مفهومين :

الرعاية الطبية : ينصب تركيز الرعاية الطبية على مراجعة الباثولوجية (المرضية) وتتضمن التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الطبيعي وذلك عند الحاجة ، ولذا فهي تركز على المرض والملاحم الطبية لعمليات الرعاية .

الرعاية الصحية : تذهب الرعاية الصحية إلى ما هو أبعد لأنها تشمل أنشطة المنع رعاية المريض ، الرعاية الطبية ، إعادة التأهيل الاجتماعي ، فالرعاية الصحية تركز على جودة الحياة بصفة عامة¹ .

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية **OMS** جودة الخدمات الصحية بأنها " التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبكلفة مقبولة ، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"² .

أما الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية الأمريكية **JCAHO** فتعرف جودة الخدمات الصحية " درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"³ .

- المعهد الطبي الأمريكي **AMA 1984** فيعرفها على أنها " مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من أجل :

- الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع.
- موازنة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة⁴ .

كل التعاريف السابقة والمسندة إلى منظمات عالمية فهي تعرف الجودة الصحية بمنظور شامل وتتفق في كون الجودة الصحية هي التي تتوافق ومعايير المهنة أي تتماشى ما وصلت إليه العلوم الطبية في الوقت الراهن .

¹ - مريزق
² - كحيلة نبيلة " تطبيق
الصحة " (ماجستير) قسنطينة 2009 . 54

⁸⁹ .
³ - العزيز مخيم
الاتجاهات الحديثة المستشفيات والمفاهيم والتطبيقات القاهرة : العربية
للتنمية الإدارية 2003 . 187

⁴ - Cloud Vilcot et Hervé Leclat , op , cit , p 15 .

- ويعرفها (Lée et Jones) " تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حالات السكان " ¹.

- وعرفها (AL et SULEK) " تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما يتوقعه " ².

- وتعرف أيضا على أنها " جميع الأنشطة الموجهة نحو الرقابة من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض ، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض ، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه والحاجة بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته " ³.

تلخص التعاريف السابقة والمُسندة إلى أهل الاختصاص إلى كون الجودة مرتبطة برضا المريض وتلبية حاجياته ، ولذلك نورد التعريف التالي والذي يعطي ما مدى اختلاف الفئات المقدمة للخدمة في تعريفها لجودة الخدمة المقدمة الصحية كل حسب موقعه في المنظمة :

الجودة من المنظور المهني الطبي : هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ، ويحكم ذلك نقاط رئيسية : أخلاقيات الممارسة الصحية ، الخبرات ونوعيتها ، الخدمة الصحية المقدمة ⁴.

الجودة من منظور المريض : قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة و نتائجها النهائية، و هنا لا يكفي التركيز على فرض التشريعات التي تبني على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات الى حاجة و رغبة و طموح و آمال المستفيد النهائي ككل، و عموما تعني ⁵ للمريض معاملته باحترام و اهتمام و تعاطف و تفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي يتصل بها بشكل مباشر أو غير مباشر أثناء تواجده في المستشفى .

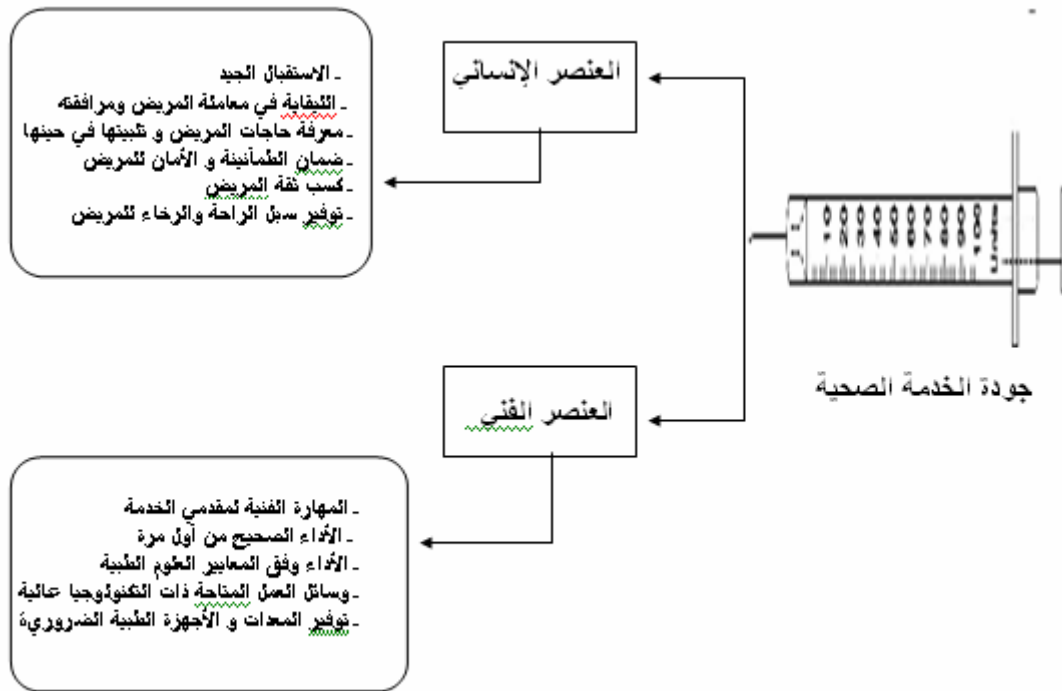
¹.,A. Jaquerye , La Qualité des Soins infirmier-implantation,évaluation,accreditation,édition maloine,1999,P24.

² - ياسر تسويق الصحية : 2005 199 .
³ - مريزق " الصحية العمومية " (، كلية العلوم الاقتصادية ، 2008 36 .

⁴ - مريزق " الصحية العمومية " 36 .
⁵ - فريد توفيق نصيرات، الرعاية الصحية 1 : المسيرة والتوزيع، 2008 231 .

الجودة من المنظور الإداري¹: توافر أفضل العناصر البشرية و المادية اللازمة لتقديم الخدمة و قيام الأطباء و مزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم و تدريب و تعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسين المستمر لهذه الخدمات .

شكل رقم (10) يوضح أبعاد جودة الخدمات الصحية حسب التعريف الإجرائي



المصدر : مخطط من إعداد الطالب

الصحية " (ماجستير) كلية العلوم

البشرية تحسين
124 .

¹ - سعيدان رشيد " التسيير الاستراتيجي
الاقتصادية ابوبكر بلقايد 2011

2- أهداف جودة الخدمات الصحية :

- العمل في مجال الصحة يرتبط بالبشر ، ويؤثر مستوى جودة هذه الخدمات بشكل واضح ومباشر في حياتهم ، فحدوث أخطاء طبية في الخدمات المقدمة لهم قد يؤدي إلى عواقب وخيمة كالوفاة أو العجز الجزئي أو الكلي أو الإعاقة¹ .
- تنامي وعي المرض لحقوقهم في الحصول على جودة عالية من الخدمات الصحية بحيث أن هذا الإدراك يؤثر في المفاضلة بين المؤسسات الصحية عند الحاجة إليها² .
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض وزيادة ولاءه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فعالة لتلك المنظمة .
- الارتفاع والتصاعد المستمر في تكاليف الخدمات الصحية ، ونتيجة لهذا الارتفاع المستمر لابد من الاهتمام بجودة الخدمات المقدمة ، بحيث يشعر المريض أن ما يحصل عليه يساوي ما دفعه من سعر مقابل هذه الخدمات .
- المحافظة على استمرارية المنظمة من خلال التحسين والتعليم والتدريب والتكيف مع المتغيرات البيئية بشكل مستمر يؤدي إلى بقاء واستمرار المنظمة .
- تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفعالية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج³ .
- تحقيق إنتاجية عالية والتخلص من الإهدار وحل المشكلات وسبل تقويم الأداء وتحسين إدارة الوقت والتخلص من الأساليب الروتينية على إدارة المؤسسة⁴ .
- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين .

1 - اللطيف عايض " القيادة الادارية اليمن 11 2013 . 106 .
 2 - التعليم " الصحة وجهة المستفيدين " سنوية كلية
 3 - 10 05 أيار 2013 75 " إمكانية
 4 - 08 نينوى
 . 21 . 02 . 14 . A 21 . 5 . Ew . asu , edu , jo , consulter le
 عقيلي 64 .

3- ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية :

هناك مجموعة من العوامل تعتبر ضوابط عامة تحدد جودة الخدمات الصحية تتمثل هذه الضوابط فيما يلي¹ :

أ - الإجازة : عادة ما يجاز المهنيون الصحيون كأفراد لمزاولة مهنة ما ، من أطباء وممرضين من طرف القوانين والتشريعات ، مما يسمح لهم الدخول للمهن وضمان السلوك حسب الأخلاقيات والمعايير المعتمدة ، والنقطة الأهم في نظام الإجازات انه يقوم على افتراض أن الشخص المؤهل للإجازة سوف يقدم خدمات صحية جيدة ولمدة زمنية طويلة ، ومع ذلك فان الدراسات تشير إلى اختلافات كبيرة في الجودة ، وهذا ما يبين أن نظام الإجازة قليل المصادقية فيما يخص يتعلق بضمان الأداء الجيد.

كما أن هناك اتجاه بتعديل هذا النظام وإدخال ما يسمى بنظام الإجازة المؤسسي حيث تصبح المؤسسة الصحية مسؤولة عن كفاءة الأفراد الذين تستخدمهم .

ب - الاعتماد : وهو من المداخل الشائعة لضمان الجودة ، تقيم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي للمؤسسة ، والهيكل التنظيمي ، ومؤهلات العاملين في المؤسسات الصحية ، فهذا النظام يعمل على أساس أنه إذا تحققت المعايير المادية والتنظيمية ، فإن الخدمات الصحية المقدمة تكون جيدة .

ج - الشهادات : ويضم هذا المدخل خصائص من المدخلين السابقين، وعند تطبيقه على الأفراد يتم استعمال المعايير التالية : الخبرة ، التعليم ونتائج الامتحانات ، فهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية .

4 - أبعاد جودة الخدمة الصحية :

من خلال عرضنا لتعاريف جودة الخدمات الصحية لاحظنا الاختلاف بين المنظمات العالمية والإختصاصيين في تقديم تعريف موحد ، كما لاحظنا أيضا إختلاف الفئات المتواجدة في المنظمة بتحديد تعريف واحد ، وهذا لكون الخدمات الصحية لها خاصية اللاملموسية ، ولذلك يصعب تقييمها أو الإنفاق عليها ، ولذلك نجد اختلاف في تحديد أبعاد محددة فباختلاف التعاريف اختلفت أبعاد جودة الخدمات الصحية، فقد رأى كل (Swan et Comb) إن لجودة الخدمات الصحية بعدان أساسيان هما : الجودة

¹ - فريد توفيق نصيرات

المادية والجودة التفاعلية وهي تمثل أداء عملية الخدمات ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع العملاء¹.

وتوصل (Gronroos) إلى أن لجودة الخدمة بعدان هما : الجودة الفنية التي تشير إلى المخرجات الفعلية للخدمة ، والجودة الوظيفية وهي العلاقات والمعاملات بين العميل ومقدم الخدمة².

وتوصل دونابيديان (Donabedian) إلى ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة الصحية :

- 1 - البعد الفني والذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لمشكلة معينة .
 - 2 - البعد غير الفني وهو عبارة عن التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والفرد الذي يستخدم الخدمة .
 - 3 - الإمكانيات المادية وهي المكان الذي تؤدي فيه الخدمة .
- وهناك من وضعها في ثمانية أبعاد³ :

1-4 - البعد الأول : الكفاءة الفنية : ويعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحية والإداريين وكفاءة الكوادر الطبية المساندة ، وهي بالنسبة للكوادر الطبية القدرة على الأداء وفق ما توصلت إليه العلوم الطبية الحديثة ، كما يعكس هذا البعد أيضا توفر الكوادر المقدمة للخدمة الصحية ذات كفاءات عالية .

2-4 - البعد الثاني : سهولة الوصول إلى الخدمات : وهي تعني عدم وجود عوائق جغرافية أو اجتماعية أو مالية أو مؤسسية تحول دون وصول الإنسان المحتاج للخدمة الطبية من الوصول إليها . ويتلخص هذا البعد في :

- القرب المكاني للمؤسسة الصحية مع توفر المواصلات إليها .
- التزام النسق الطبي بمواعيده تجاه المواطن .
- تناسب لتسويق الخدمة الصحية والقدرة الشرائية للمريض أي تكون الخدمة الصحية في متناول المواطن .

¹ - نايف المحياوي : مفاهيم وعمليات وتطبيق : والتوزيع 2006 . 92 .

² - اسماعيل السيد قضايا إدارية : 2 الاسكندري : الجامعية 169 .

³ - الرعاية الصحية 1 : 2010 . 41 - 45 . ذياب

- تناسب الخدمة الصحية والقيم والتقاليد الإجتماعية السائدة في المجتمع .
- الوصول المؤسسي يعني طبيعة النظام المطبق والمستخدم في المؤسسة الصحية لاستقبال المرضى ساعات العمل .
- النظام المستخدم للمعالجة والإدخال .
- وضوح الخدمة وأساليب تقديمها .
- توفر جميع الخدمات الصحية الضرورية .

3-4 - البعد الثالث : الفعالية والتأثير - (الإستجابة)

- وتعني قدرة المستشفى على تلبية الحاجات المستعجلة بشكل سريع دون أن تؤثر هذه السرعة على نوعية الخدمات المقدمة .
- وهي بلوغ أهداف المستشفى التي كان قد سطرها فيما قبل .
- وعادة ما تقاس الفعالية من خلال قسمة النتائج / على / المدخلات وكلما كانت النتيجة عالية كلما كانت الفعالية كبيرة والعكس صحيح .

4-4 - البعد الرابع : العلاقات الجيدة بين الأفراد : التعاطف واللباقة ويشير هذا البعد لمدى تفاهم وتفاعل النسق الطبي والإداري مع المرضى ، فنجاح العلاقة بين مقدمي الخدمات والمراجعين تبعث على الثقة والاحترام والاستجابة وتساهم في إنجاح المشورة الطبية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية ، والعكس يؤدي إلى تدني الخدمة الطبية ويعكس هذا البعد أيضا قدرة النسق الطبي - أطباء ممرضين - على التحدث مع المريض بأسلوب جيد يبعث الأمل والطمأنينة في نفس المريض .

ينبغي أن يسود في المؤسسة الصحية جو من الاحترام المتبادل والتعامل الحسن الذي يستند على الأسس الأخلاقية والتنظيمية ، وتوفر هذا المؤشر يتطلب درجة عالية من الولاء لدى العاملين جميعا في المؤسسة¹ .

4-5 - البعد الخامس : الكفاءة باستخدام الموارد - الاعتمادية -

¹ - الزيادات
2008 . 28
الأكاديمي التعليم : 1

وهي درجة ثقة المريض في المستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة ، وبدرجة عالية من الدقة ، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على الخدمة تتلخص فيما يلي¹ :

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد .
- الحرص المخلص على حل مشكلة المريض .
- أداء الخدمة بدقة ودون أخطاء في التشخيص .
- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات .
- الثقة في النسق الطبي وكفاءتهم وشهرتهم .

4-6- البعد السادس - الاستمرارية - : ويقصد بها تقديم جميع الخدمات الطبية الضرورية ، دون انقطاع وبشكل مستمر ، على أن يصمم هذه الخدمات على أساس مبدأ الاستمرارية ، وتعني أيضا مراجعة المريض الواحد نفس الطبيب دائما ، وبذلك يكون الطبيب على معرفة تامة بالسيرة المرضية لذلك المريض وان تتوفر السجلات الطبية التي تسهل لمقدم الخدمة التعرف على التاريخ الصحي للمريض وهذا يعني إذا تغير من يتابع حالة المريض يمكن لمعالج جديد أن يعرف حالته من خلال السجلات الطبية وبالتالي متابعة علاجه ، وتعتبر الاستمرارية ضرورية وانقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة ، مما يؤدي إلى سوء فهم العلاقة بين الطبيب والمريض .

4-7- البعد السابع : الأمن والسلامة الصحية : تعني التقليل من أخطار التعرض للإصابات والالتهابات كذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الطبية وتشمل هذه الإجراءات المريض ، والطبيب وكافة أعضاء مقدمي الخدمة ، وهي تعني أيضا شعور المريض بالأمن والحماية على حياته أثناء وجوده بالمستشفى .

4-8- البعد الثامن : الإمكانات المادية للمستشفى : - المحيط المادي -

يشير هذا البعد إلى مباني المستشفى ومعدات وأجهزتها والإمكانيات والتسهيلات المادية الأخرى ، وموقع المستشفى ومظهره من الداخل ومن الخارج وحالة ديكوريه ومدى توافر أماكن انتظار السيارات ، ومظهر الأطباء والممرضين والإداريين والعاملين .

ويلخصها ثامر البكري في خمسة أبعاد يوجزها في الجدول التالي :

أبعاد جودة الخدمات الصحية

معايير التقييم		
<ul style="list-style-type: none"> - له ثقة بان حياته بين أيدي أمينة - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية - بالمواعيد المحددة 	الاعتمادية	
<ul style="list-style-type: none"> - تقديم خدمات علاجية فورية . - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية - العمل على مدار ساعات اليوم . - تلبية حاجة المريض عند نداءه للمرض آنية - غرفة العمليات جاهزة في 		
<ul style="list-style-type: none"> - سمعة ومكانة المستشفى عالية - المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء - م التمريضي - الصفات الشخصية للعاملين - المعاملة الطبية للمرضى من - تدريب ومهارة عالية في 		
<ul style="list-style-type: none"> - اهتمام شخصي بالمريض - الإصغاء الكامل لشكاوي المريض - تلبية احتياجات المريض بروح من الود - مريض - النظر للمريض بأنه دائماً 		
<ul style="list-style-type: none"> - نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر - نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى - الأدوات المستخدمة في التشخيص 	الملموسية	

المصدر : ثامر ياسر البكري ، مرجع سابق ، ص 213 .

5- تقييم و قياس جودة الخدمات الصحية :

يعد مفهوم جودة الخدمة الصحية مفهوما مركبا وصعب قياسه من خلال وسائل بسيطة أو عادية ، لذلك تعددت وتواصلت الأبحاث والدراسات التي تستهدف للوقوف على قياس جودة الخدمات ككل وجودة الخدمات الصحية بالخصوص ، وإجمالا فإنه يوجد عنصران أساسيان تقاس بهما جودة الخدمات الصحية :

أ - العنصر التقني : ويتعلق الأمر بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم الصحية في معالجة المشكلات الصحية ، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها .

ب - العنصر الإنساني : ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام ووفق موقف المرضى بشكل خاص وتقاس الجودة في هذا العنصر لمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى من الناحية الطبية وأيضا من حيث مستلزمات الراحة والمتعة في الإقامة مثل توفر غرف الانتظار المريحة ، نظافة أماكن الإقامة ، الغذاء الجيد .

يتبين أن جودة الخدمات الصحية لها جانبين ، جانب فني يتعلق بتطبيق العلم والتقنية والطبية ، وجانب إنساني يتعلق بمقدمي الخدمات الصحية وتعاملهم مع المرضى والعمل على إتباع وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم .

ومن خلال ما تقدم يمكن القول بان هناك نوعين من المقاييس المستخدمة لقياس جودة الخدمات الصحية .

أولا - مقاييس إحصائية : وتسمى أيضا مقاييس موضوعية وتبنى على حقائق وأرقام لا تتدخل فيها وجهات النظر أو آراء شخصية مثل معدل الوفيات ، أو معدل مكافحة العدوى أو نسبة الممرضين للأطباء ، أو نسبة الأطباء للمرضى ، عدد حالات دخول المرضى للمستشفى خلال 48 ساعة .

ثانيا - مقاييس اتجاه المرضى : وتسمى أيضا مقاييس غير موضوعية وهي مبنية على أحاسيس المرضى اتجاه الرعاية التي يتلقونها ، فقد رأى كل من (Berry و Zeithmal و Parasurman) أن المؤسسات الخدمية هي بحاجة لمعرفة عملائها من خلال أبحاث تركز على توقعات ومفاهيم هؤلاء العملاء بجودة الخدمة، وبأنها قابلة للقياس بالرغم من غياب عنصر الملموسية، التي تجعل من قياسها غاية بالصعوبة مقارنة بالسلع المادية .

لقد حدد (2006 Zeithaml) ثلاثة مستويات من التوقعات تقارن بها الجودة كما يلي:

- المستوى المرغوب للخدمة : وهو المستوى الذي يعكس رغبة ما يريده العملاء من الخدمة .

- المستوى الكافي للخدمة : وهو المستوى الذي لا يمانع العملاء من قبوله ويرضون بما يقدم لهم .

- المستوى المتوقع للخدمة : وهو ما يعتقدون انه على الأرجح أن يتم فعليا .

فهذه المقاييس التي تعتمد على آراء المرضى، التي تمت الإدارة بمعلومات إضافية حول مستوى الرعاية الصحية ، ولا يمكن الحصول على هذه المعلومات الإضافية من خلال التقارير الإحصائية الدورية، فهذه الاستبيانات هي إحدى الوسائل المتبعة في هذا المجال حيث تساعد على معرفة رغبات المرضى وإقتراحاتهم .

ورغم أهمية هذه المقاييس يفضل أن لا تؤخذ وحدها لتقويم جودة الخدمات المقدمة لأنها قد تؤدي إلى نتائج عكسية .

وهناك خمسة مقاييس لقياس إتجاه المرضى :

أ – **مقياس عدد الشكاوي** : يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر عن المستوى الذي وصلت اليه الخدمة الصحية من التدني وعلى القائمين عليها تدارك النقائص وحل المشاكل واتخاذ القرارات المناسبة وتحسين والتدريب والتعليم المستمر¹ .

وتجدر الإشارة أن العملاء ينقسمون من حيث الشكاوي إلى² :

- العميل الصامت : بشكل عام هذا العميل لا يشتكي بغض النظر عن معاناته من الأخطاء وينبغي العمل على إغرائه من أجل تقديم الشكوى .

- العميل دائم الشكوى : يشكو دائما بحق أو بغير حق، ولا يكون راضيا أبدا عن الخدمة وهناك دائما من وجهة نظره أخطاء .

- العميل الموضوعي : هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبررا لشكواه، فهو يهتم بالنتائج وحل المشاكل ولا تهمه الأعذار .

¹ - نايف

المحياوي،

. 97

² - : مفاهيم وتطبيقات، 2

:

والتوزيع 2006

. 97

- العميل المستقل : يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه، فهدفه الرئيسي ليس حل المشاكل .

ب - **مقياس الرضا** : وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو الخدمات المقدمة وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات وذلك بتوجيه استبانته يجيبون عنها والتي تكشف للمنظمة مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة، كما تسمح لهم بتصحيح مسارات الانحراف .

ج - **مقياس الفجوة** : يعتمد هذا المقياس على مقياس **SERVQUAL** يوزع للمرضى على مرحلتين، قبل وبعد الحصول على الخدمة، فالأولى لقياس الجودة المتوقعة والثانية لقياس الجودة المدركة، ثم يتم مقارنة بين المتوقع والمدرك لتحديد الفجوات (**GAPS**) والتي تعبر عن درجة رضا المريض .

وهناك مقاييس أخرى تحاكي المقاييس السابقة التي أوردناها بشكل عام وللفادة فإننا نوجزها كما يلي .

د - **مقياس الأداء الفعلي** : يعتمد هذا المقياس على إدراكات المريض والذي يعني إستبعاد المتوقع بمعنى معرفة الأداء الفعلي أي الموجود في الواقع .

هـ - **مقياس القيمة** : ويرتبط هذا المقياس بالمنفعة المدركة وعلاقتها بقيمتها أي بسعرها وبالتالي المؤسسة تسهر على زيادة الخدمات المدركة حتى تحقق هامش ربحي لها، وهذا المقياس يدفع بالمؤسسات الصحية إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمات مميزة للمرضى بأقل تكلفة ممكنة .

ثالثاً : قياس الجودة المهنية

ويعتمد هذا المقياس على قدرة المنظمة في إستخدام مواردها على أحسن وجه ونميز ثلاثة أنواع من المقاييس¹ :

أ - قياس الجودة بدلالة المدخلات : وهو ما تتوفر عليه المنظمة من تجهيزات ومعدات والتسهيلات المستخدمة في تقديم وتزويد الخدمات، ذلك عن طريق منظومة القوانين وهيكل تنظيمي جيد، وهيئة مؤهلة، ويشير الباحثون أن هذا المقياس لوحده غير كافي للقياس .

ب - قياس الجودة بدلالة العمليات : ويعتمد على قياس المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة وهذا القياس بدوره غير كافي للقياس .

ج - قياس الجودة بدلالة المخرجات : وهو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية والتي يمكن قياسها من خلال :

- القياس المقارن : وهو إجراء مقارنات كمية بين المستهدف والأداء الفعلي لاكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تصحيحها .

- إستقصاء رضا المستفيدين بخصوص الخدمات المقدمة .

- إستقصاء العاملين في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود .

رابعاً : قياس الجودة من المنظور الشامل :

إن كل المقاييس السابق ذكرها تعتبر مقاييس جزئية و لذلك كان من الضرورة التفكير في مقياس يعالج كل الجوانب للوصول إلى مكان النقص و بالتالي التحسين المستمر و يتضمن هذا المقياس الإحصاء و آراء و اقتراحات المرضى. وكذا وجهة نظر مقدمي الخدمات الصحية مع مقياس المحيط المادي (المباني+ التجهيزات)

6- العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية¹:

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة يعتبر من الأمور الصعبة، و هذا لكون عملية تقديم الخدمة الصحية تتم عبر مراحل و من طرف فئات سوسيو مهنية مختلفة، فمثلا تأخير تجهيز قاعة العمليات ، ضعف الخدمات الفندقية، صفوف الانتظار الطويلة، نفاذ أو محدودية الأدوية، و الذي يؤكد أنه من الصعب على أي منظمة صحية أن تضمن تقديم خدمات صحية بجودة 100 بالمائة على مدار الوقت، نظرا لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة والتي من شأنها أن تؤثر سلبا على ذلك الأداء فعلى إدارة المنظمة الصحية العمل مع تتبع العناصر الرئيسية ، التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية .

أ - تحليل توقعات المرضى : مقدموا الخدمات الصحية بحاجة إلى فهم توقعات المرضى وهذا من خلال مقاييس يضعونها لفهم ولمعرفة مستوى رضا المرضى والذي سنورده في المطالب اللاحقة، وتجدر الإشارة أن ننوه بما قدمه الباحثون (Cowel Teas Lovelock Ehuchill،) على أن هناك أربعة عوامل رئيسية تؤثر على توقعات المرضى وهذه العوامل² :

- إتصالات الكلمة المنطوقة: يعتمد الكثير من المرضى أو الزبائن على الإتصال الشفوي الذي يأتي من الزملاء والأقارب والجيران، والتي تؤثر عليهم من اتخاذ القرار للتعامل مع نوع معين من المنظمات الصحية .

- الحاجات و التفاصيل الشخصية : وتشير هذه الحاجات إلى المطالب الشخصية للمريض والتي تتحدد وتتأثر بالسمات الشخصية والنفسية والاجتماعية للمريض وكذلك على المنظمات مراعاة ما يريده المريض من شكل المبنى، معاملات الفريق الطبي ومظهرهم ... الخ .

- التجارب السابقة : وهذا العامل يصف ما خاضه المريض من تجارب سابقة مع المنظمات الصحية فإن كانت جيدة فانه يبقى له انطباع جيد والعكس فانه يتوقع في كل مرة ما حدث له في السابق .

- الإتصالات الخارجية : ويشير هذا إلى ما تستعمله في إتصالها بزملائها من عبارات بإستخدام العلاقات الإتصالية المختلفة .

¹ - ياسر

² - بشير

حميد

203-211 .

تسويق

استراتيجي تطبيقي وظيفي

زهران،

1999 23 24 .

ب - تحديد نوعية الخدمات : حالما تفهم المؤسسة الصحية حاجة المرضى فإنه يجب أن يضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في تحقيق ذلك المستوى المطلوب من النوعية في الخدمة الصحية المقدمة وعادة ما يرتبط ذلك بأداء العاملين والمعدات والأجهزة الطبية .

ج- أداء العاملين : بعد أن تعلم إدارة المنظمة الصحية بمكامن النقص التي تتلقاها من المرضى، فتضع بدورها مجموعة من المعايير لتصحيح انحرافات الخدمة الصحية و تلتزم بخدمتها بغية كسب رضا (المستفيد) المريض، و تضمن ذلك من خلال خدمات الطبيب و الملاك التمريضي و الخدمي المتصل بالمريض بأن أدائهم سيكون بالمستوى المناسب و المطلوب ، و هذا لكونهم الأكثر اتصالا و قربا من المريض وتقديم المعلومات المناسبة لإدارة المستشفى، ولا شك أن نظام التقييم للرواتب والحوافز التي تستخدم في المستشفى يلعب دورا كبيرا و مهما في أداء العاملين وهذه الأنظمة المعتمدة في التقييم للمخرجات وما ينعكس عليها من مكافآت مالية تتجاوز باقي المجالات الأخرى الإنسانية الواجبة في الأداء، كما هو العمل بروح الفريق الواحد ، الجهد المبذول تجاه المرضى اللطف والأدب في الرد عن استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها... الخ، وفي هذه الحالة لابد أن يكون لهذه الجوانب اثر مضاف في تحديد مستوى تقييم الحوافز الممنوحة للعاملين ودون أن تخضع لاجتهادات شخصية ، بل يمكن الرجوع والعودة إلى استقصاءات آراء المرضى .

د - إدارة توقعات الخدمة : إن من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم أو التي ستقدم في فترة لاحقة ، ولابد أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهذا بالارتكاز على¹ :

- إعتدال أنظمة إتصالات الداخلية الدائمة والفعالة .

- التأكد من أن الوعود واقعية .

- التأكيد على عامل الثقة في تقديم الخدمة .

7- مراقبة جودة الخدمات الصحية :

عرفها (J-M- Juran) " العملية التنظيمية التي يمكن من خلالها قياس الأداء الفعلي للجودة بالمقارنة مع المعايير أو المواصفات المحددة واتخاذ الإجراءات التصحيحية

على هذا التباين أو الانحراف"¹. فرقابة الجودة في كل تنظيم هي صمام أمان لمعرفة أسباب الفشل وتوصيات للتصحيح باتجاه تحقيق الأهداف المحددة لها سلفا في حدود الإمكان والمعقول.

وأصبحت رقابة الجودة في المؤسسة الصحية أكثر من ضرورية ولا غنى عنها وخصوصا وأن العمل فيها يتميز بـ²:

- الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم خدمات الرعاية الصحية وعدم خضوعه لقانون العرض والطلب فالطلب على هذه الخدمات في إرتفاع مستمر يفوق ما هو معروض منها دائما .
- تعتمد مؤسسات الرعاية الصحية الحديثة في تقديم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وإرتفاع التكلفة، فالمعروف على أن هذه المؤسسات هي مؤسسات إنسانية كثيفة العمالة، مما يستلزم رقابة على العنصر البشري، وإستخدامه للإستخدام الأمثل .
- الإدخال المستمر للتكنولوجيا الطبية المتقدمة والتطوير المستمر لها قد وفر بدائل عديدة ومختلفة .
- إن الخلل والخطأ في تقديم خدمات الرعاية الطبية لا يمكن إصلاحه، كما أن الطلب على هذه الخدمات لا يحتمل التأجيل والانتظار، وأي خطأ سينعكس مباشرة على صحة الفرد ويشكل مضاعفات وعواقب خطيرة على حياة الفرد

أ – رقابة جودة خدمات الأطباء : وتتم هذه الرقابة في المؤسسات الصحية الحديثة على :

- التدقيق الطبي : وهو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمات الطبية التي تلقاها هؤلاء أثناء إقامتهم بالمستشفى .
- مراجعة أطباء زملاء لملفات طبية لمرضى خرجوا من المستشفى لتقييم جودة الرعاية الطبية التي قدمت لهم من طرف أطبائهم المشرفين عليه من كما تستخدم

¹ - مجيد، الزيادات، والتعطيل 1 : والتوزيع،

2007 211-212 .

² - فريد توفيق نصيرات، _____، 211 212 .

استشارة طبية من طبيب لأخر قبل الإجراء الطبي أو الجراحي أو التشخيص أو على أساس مستمر .

ب - رقابة جودة خدمات التمريض¹ :

تعتبر جودة الخدمات التمريضية احد ركائز جودة الرعاية الصحية ورضايتها تنعكس سلبا على جودة خدمات رعاية المستشفى ككل، ولضبط ومراقبة الجودة التمريضية تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقييم :

أ - أساليب التقويم غير الرسمية : وهو الأسلوب الأكثر استعمالا، إذ تعتمد إدارة المستشفى على :

- ملاحظات وتقويم الأطباء للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكا بالمرضى والقادر في الحكم على جودة ومستوى خدمات التمريض من الناحية الفنية.

- استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض، فالمرضى بحكم اتصالهم واحتكاكهم المباشر مع الممرضين يمكنهم تقويم خدمات ومستوى الرعاية الصحية وخصوصا الجانب غير علاجي والمتعلق بطرق المعاملة والأدب و اللباقة وتلبية الحاجات

ب - أساليب التقويم الرسمية :

- إنشاء لجان التدقيق التمريض : تقوم هذه اللجان والتي يشرف عنها ممرضين متخصصين بمراجعة ملفات المرضى والتدقيق فيها من الجانب الخدماتي للممرضين

- التقارير اليومية التي يعدها مسئولو المصالح والأقسام للإدارة .

V- إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :

1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية :

1-1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة :

بدأ الاهتمام المطرد بإدارة الجودة الشاملة من خلال العقدين الأخيرين من القرن المنصرم، حيث أخذت بمبادئها وتوجهاتها الكثير من المؤسسات الإنتاجية والخدمية

¹ - فريد توفيق النصيرات ، _____ . 238 .

العامة والخاصة وفي معظم الدول المتقدمة ثم تلتها الدول النامية التي تحاول شق طريقها نحو البناء والتقدم .

وقد عرفها جابلونسكي¹ " عملية إدارية تقوم بها المنظمة بشكل تعاوني لإنجاز الأعمال من خلال الإستفادة من القدرات الخاصة لكل من الإدارة والعاملين لتحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بصفة مستمرة من خلال فرق العمل " .

ويعرفها معهد المقاييس البريطاني² " بأنها فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع ، وتحقيق أهداف المنظمة بأكفاً الطرق وأقلها تكلفة عن طريق الإستخدام الأمثل لطاقت جميع العاملين بدافع مستمر للتطوير " .

2-1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية³ :

لقد أولى الاهتمام بإدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي بعد دراسات ميدانية قام بها باحثون لمعرفة أسباب تدني الخدمات ومنها دراسة (Brannan 95) بالولايات المتحدة والتي توصلت إلى عدم رضا متلقي الخدمات الصحية مقابل ارتفاع تكلفة هذه الخدمات والذي يعني عدم تناسب التكلفة بالخدمة المقدمة – خدمة متدنية مقابل تكلفة باهظة .

وقد أجريت في بريطانيا دراسة ميدانية⁴ (Macdonald 95) حول الخدمات الصحية فتوصلت الدراسة إلى نفس ما توصلت إليه الدراسات الأمريكية ، ضعف وتدني الخدمة الصحية ، وقد هدد هذا الحال إلى أن تترك بريطانيا مجانية تقديم الخدمات الصحية وهذا للارتفاع المضطرد لتكلفة الأدوية والأجهزة والمعدات الطبية .

وقد أدى ذلك إلى أن تفكر المستشفيات والمراكز الصحية في استخدام نظام إدارة الجودة الشاملة كوسيلة لتحسين الخدمة الصحية والتحكم في تكلفتها .

وفي سنة 1987 بالولايات المتحدة الأمريكية اجتمع واحد وعشرون من منظمات تقديم الرعاية الطبية مع عدد مماثل من خبراء الصناعة في مجال الجودة في مدينة بوسطن

1 - نظريات الحديثة
مجيد مجيد الزبادات 21
بيروت : 2006 13 .

2 - مجيد مجيد الزبادات 24 .

3 - توفيق تطبيقات العربية للتنمية الإدارية 81 82 (المفاهيم والتطبيقات) القاهرة : العربية 193 .

4 - العزيز مخيمر الاتجاهات الحديثة للمستشفيات (المفاهيم والتطبيقات) القاهرة : العربية 193 .

الأمريكية ليعلنوا عن بداية البرنامج القومي لتحسين الجودة في الولايات المتحدة الأمريكية (N D P) .

ومما تقدم نلاحظ أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي حديث نسبياً ويستند كغيره من القطاعات (الصناعية) إلى المبادئ التي وضعها رواد الجودة من أمثال دومينغ وجوران ، وقد عرفت الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية على أنها " خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي من الهدف الأساسي للوحدة الصحية ، وإن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى " ¹.

وعرفت بواسطة الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية بأنها² "برنامج مصمم على مستوى المنظمة لمراقبة وتقويم الجودة ومدى ملاءمة ورعاية المريض بطريقة نظامية وفعالة ، كما أن هذا البرنامج يسعى لكسب الفرص المتاحة لتحسين مستوى رعاية المرضى والأداء الإكلينيكي وإيجاد حلول للمشكلات المحددة" .

ومما سبق فإننا إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تتميز بـ :

1 - جعل المريض هو المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى وتسعى في جميع أعمالها على إرضاءه .

2 - يعتبر التركيز على الجودة في الخدمات الصحية المقدمة هي العنصر الأساسي الذي يجب أن تسعى المستشفيات إليه ، كما أنها تسخر كافة مواردها وإمكاناتها لتحقيقه .

3 - لا تقتصر الجودة على المخرجات النهائية للخدمات الصحية ، بل يجب أن تبني في كل خطوة من خطوات تقديمها وذلك ليتسنى الوصول للهدف المنشود ، وتعتبر كل خطوة مدخلا لما بعدها من خطوات تالية .

4 - الإ اعتماد على الحقائق والأرقام في تقديم الخدمة الصحية .

5 - مشاركة جميع العاملين في المستشفى في تطوير خطط العمل وتحسين مستوى الخدمات الصحية بشكل مستمر .

¹ عبدالعزيز مخيمر
مرزوق
نمية
_____ " _____
193
الصحية المستشفيات " ²
سعيدة 14-13 ديسمبر 2010 4 .
الطاهر

6 – تحقيق التوافق بين العاملين و تنمية كفاءاتهم بتكوين فرق العمل وتحقيق أفضل النتائج بالنسبة للمرضى .

7 – وضع نظام لتطوير جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى بصفة مستمرة

8 – الإعتناء على الأداء الصحيح ومن أول مرة وبدون خطأ وفي كل مرة .

9 – الإهتمام بالجوانب النفسية للعاملين والسعي لتحقيق رضاهم عن العمل ، والعمل على تنمية شعورهم بالولاء والانتماء إلى المستشفى .

2- العوامل المحركة للتغيير في المنظمات الصحية 1 :

هناك نوعان من العوامل التي تجعل المنظمات الصحية تفكر جديا في إحداث تغيير ونمط عملها واللجوء إلى تطبيق الجودة الشاملة .

أ – عوامل داخلية :

إنخفاض الرضا الوظيفي ، إرتفاع معدل دوران العمل ، إرتفاع نسبة الأخطاء الطبية

ب – عوامل خارجية :

التطورات التقنية ، التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية .

3- مراحل تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :

حدد جابلونسكي خمسة مراحل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري في أي منظمة صحية أو غير صحية ، ونلخصها في ثلاثة مراحل بما يلي :

المرحلة الأولى : الإعداد : يبدأ في المرحلة التهيئة والتجهيز لتبني خيار إدارة الجودة الشاملة وتتخلص ذلك في النقاط التالية :

1 – صياغة الأهداف والرسالة والرؤية والخطة الإستراتيجية لتبني TQ M

2 – إشراك الإدارة العليا ورؤساء الأقسام الطبية وكبار الموظفين في مختلف التخصصات بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في تصميم نظام TQ M .

3 – توفير الموارد المادية والبشرية لمباشرة TQ M .

4 – فرز النشاطات الهامة والتخلص من كل الرواسب والرموز السلبية

5 – رسم سياسة المؤسسة منها على سبيل المثال لا الحصر سياسة البحث والتقيب عن الموارد البشرية والسياسات الإنتاجية والتسويقية .

المرحلة الثانية : التخطيط : وفي هذه المرحلة بداية تنفيذ الخطة وفيها يتم :

1 – إيجاد هيكل تنظيمي يشمل وحدات للجودة الشاملة وإدارته .

2 – تغيير الثقافة التنظيمية ونشر ثقافة الجودة الشاملة من خلال :

- الإعلانات الداخلية .

- ورش عمل وندوات .

- حلقات نقاش .

- عرض أفلام .

- التجارب السابقة أو المماثلة في المستشفيات التي تبنت هذا الخيار .

- استضافة خبراء في مجال الجودة الشاملة .

المرحلة الثالثة : التقويم : تشمل الدراسات الميدانية وإجراء المقابلات مع الزبائن وتقييم أرائهم واتجاهاتهم حول التغيرات في بيئة العمل ، وبالتالي تحديد مواطن الضعف والقوة .

وفي هذه المرحلة يتم اتخاذ القرار بتكوين اللجان أو الفرق التي ستقوم بالإشراف عن عملية التغيير وتطبيق TQM وتسند إلى هذا الفريق المهام التالية¹ :

أ – وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل في المستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبار التالية :

- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء .

- مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء فالجودة مسؤولية الجميع .

- التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة .

- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد .

- تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها .

- الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي ، وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها .

ب - تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها .

ج - التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها الأهداف تشمل أنشطة الجودة وسياساتها والإجراءات الميدانية وأهم نقطة تأتي تحت التخطيط هو قدرة المنظمة الصحية على الربط بين الأهداف العامة للمنظمة وأهداف الجودة الشاملة :

ج1 - تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها .

ج2 - صياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي ستسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة وذلك بـ :

- رفع كفاءة وفعالية التشغيل في المستشفى .

- إيضاح توجهات المستشفى لعملائها الداخليين والخارجيين .

- التنسيق والتكامل بين مختلف أقسام المستشفى .

- المساهمة في تطوير قدرات المستشفى .

ج3 - الإجراءات أو أسلوب أداء العمل¹ :

- تحديد مواصفات وخصائص ومعايير أداء مختلف الموارد البشرية .

- تحديد مواصفات وخصائص عمليات الشراء والتخزين .

¹ - سيد

- تحديد مواصفات وخصائص أداء العمليات العلاجية والجراحية والكشف والفحص والتحليل والأشعة .
- مواصفات نظم وخدمات التغذية والنظافة .
- مواصفات نظم الصيانة والإصلاح والاستبدال .
- مواصفات العمل الإداري .
- تحديد أوقات معيارية لأداء مختلف العمليات والأنشطة الطبية والإدارية .
- هـ - البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها وتمثل هذه المرحلة البداية الجادة لبدء تحقيق الجودة الشاملة ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات:
- تحليل هيكل العمالة الموجودة في المستشفى كما ونوعا وإتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل .
- تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة و توفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي ، و خلق اتجاهات ايجابية لدى مختلف فئات العاملين بالمستشفى .
- إستكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية وأيضا أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات وإستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها بإحتياجات العمل في مختلف المجالات .
- تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب التالية :
- * تلقي وتحليل ومعالجة شكاوي المرضى والعاملين والزائرين .
- * تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بآرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء .
- * إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء .
- * تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين .
- * تلقي وتحليل شكاوي الموردين والمقاولين ومعالجتها .

- تصميم وتوفير آليات مرنة للاتصالات في مختلف الإتجاهات .
- تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناء على دراسة علمية للإحتياجات التدريبية بالمستشفى .
- تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات أو إعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها القدرات التي تتخذها .
- تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة .
- صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها من مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها .

4- مرتكزات الجودة الشاملة¹ :

- عندما ترغب إدارة المستشفى في استخدام أسلوب إدارة الجودة الشاملة فإن عليها أن تعتني وتركز على الأمور الأساسية التالية :
- * **القوى البشرية :** إن المهارات والكفاءات البشرية والطبية والتمريضية وحتى الإدارية تعتبر الأساسيات التي تحقق أهداف المؤسسة مما يجعل المنظمة تضع بعين الاعتبار تدريب وتطوير وتحفيز تلك الكوادر من أجل الوصول إلى تقديم خدمات طبية مميزة .
- * **المشاركة والتحفيز :** من خلال تشجيع الإبداع والتطوير وبث روح المشاركة بين العاملين من أجل العمل كفريق .
- * **المعلومات والتغذية العكسية :** إن توفير المقاييس والمواصفات والمعايير والمعلومات تشكل عنصرا هاما في تحقيق الأهداف ، وإن صحة المعلومات ودقتها تساعد في إتخاذ قرارات سليمة .

¹ - ذياب _____ 71 .

- * **التحسين المستمر :** ويتطلب التحسين المستمر مواكبة التطورات العلمية والتكنولوجية.
- * **التزام الإدارة بإدارة الجودة الشاملة :** ويتمثل التزام الإدارة العليا بتعزيز ثقافة الجودة وتطوير إمكانيات وقدرات الموظفين وتوفير رؤية إستراتيجية .
- * **القرارات المبنية على الحقائق وتجاوز الأخطاء وتجنبها**
- * **المناخ التنظيمي :** تهيئة المؤسسة لاستخدام أسلوب TQM واعتبارها ثقافة التنظيم بحيث يتم نشر هذه الثقافة بين العاملين والمرضى والمراجعين .
- * **التركيز على المريض :** ونعني بذلك التركيز على احتياجات المريض ، حيث تعتبر الأساس في العملية المحورية للنشاطات داخل المنظمة .

5- فوائد تطبيق TQM :

5-1- الفوائد التي تعود إلى المنظمة¹ :

- تقوية المركز التنافسي للمنظمة من خلال تقديم سلع وخدمات ذات جودة عالية وفقا للطلب وسعر ملائم وبالوقت المناسب مما يؤدي إلى التمييز على المنافسين وكسب ثقة اكبر للمتعاملين .
- زيادة الأرباح : وذلك عن طريق عمل الأشياء الصحيحة من أول مرة مما يؤدي إلى تخفيض التكلفة وزيادة الأرباح .
- المحافظة على إستمرارية المنظمة من خلال التحسين والتعليم والتدريب والتكيف مع المتغيرات البيئية بشكل مستمر يؤدي إلى إبقاء وإستمرار المنظمة .
- توسيع أفاق القيادة الإدارية العليا مما يؤدي إلى توجيه تفكيرها إلى التخطيط الإستراتيجي مما يسمح بإتخاذ قرارات أفضل .

¹ - عقلي المنهجية (وجهة) 1 : 2001 . 61 60

- تخفيض معدل دوران العمل من خلال التحفيز المادي والمعنوي ، العمل الجماعي وروح الفريق والتعاون مما يسمح للولاء والانتماء العامل للمنظمة أكثر استجابة للتغيرات البيئية يؤدي إلى زيادة القدرة على المنافسة مما يسمح فرص النجاح والاستمرار أكثر للمنظمة
- تحقيق إنتاجية عالية والتخلص من الإهدار من خلال تحسين نظام الإنتاج والعمليات وطرق حل المشكلات وسبل تقويم الأداء وتحسين إدارة الوقت والتخلص من الأساليب الروتينية في إدارة المنظمة .
- التوسع في فتح الفروع وأقسام إنتاجية جديدة نتيجة الأرباح والفوائد المتحققة وتفعيل الاتصالات على المنظمة ككل .

2-5- عوائد الجمهور الداخلي والخارجي¹ :

أ – الجمهور الداخلي:

- توفير الأمن والضمان الوظيفي وتقليل حالات المخاطر في جو العمل .
- تطوير مهارات وقدرات العاملين .
- تقديم الحوافز والمكافآت المجزية بحق المجدين والمتميزين .
- توفير أدوات عادلة وموضوعية لتقويم أداء العاملين
- فسح المجال للعاملين للمساهمة في تحسين أداء المنظمة وهذا برفع الروح المعنوية للعاملين وكسب ولائهم الشديد للمنظمة .

ب – الجمهور الخارجي :

- إلتزام المنظمة بالشروط التعاقدية المتفق عليها .

- إستلام المنتجات أو الخدمات طبقا للمواصفات المتفق عليها .
- توفير الوقت والجهد والإنتقاء الحاجة إلى التعامل والبحث عن منظمات أخرى توفر ميزات أفضل .
- قدرة المنظمة على الإبقاء بتعهداتها لزمائنها الخاصين الذين يعتمدون عليها في الحصول على السلع والخدمات .
- إنخفاض شكاوي الزبائن من جودة المنتج او الخدمة المقدمة لهم .

6- عوامل نجاح تطبيق نظام TQM في المنظمات الصحية¹ :

يمكن إجمال هذه العوامل فيما يلي :

- * يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الطبية بأهمية مزايا تطبيق نظام TQM وتقتنع جميع العاملين بفوائد ومزايا هذا النظام .
- * يجب أن تدرك إدارة المستشفى أن بعض أفرادها يقاومون تطبيق هذا النظام وعليها أن تقتنع عاملها و متعاملها بهذا النظام وزرع الثقة والأمان فيهم ليقبلوا هذا النظام .
- * ترتفع تكاليف تطبيق هذا النظام من البداية في أول الأمر ثم تبدأ في الانخفاض التدريجي ، ثم تستقر عند حجم معين ، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما به من مزايا وفوائد .
- * يتطلب هذا النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهيكل التنظيمية في المنظمة .
- * لنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة :
- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين والمتعاملين .
- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي وتحقيق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية .
- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية
- نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام .

* يحتاج النظام بل تطبيقه إلى دورات تدريبية مكثفة ، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت .

7- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة :

إن المتمعن لبعض الدراسات المحلية يلاحظ بلا شك خلطا بين أسباب فشل تطبيق نظام TQM وأسباب عدم تبني هذا الخيار ولذلك اخترنا أن نقدم الأمرين معا لأهميتهما:

أ - معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة :

لقد لاحظنا فيما سبق ما تجنيه المنظمات من فوائد جمة لاختيارها هذا النظام ، ويكفي أن تبنته الدول العظمى ، غير أنه لوحظ في الدول النامية أو السائرة في طريق النمو تأخر إن لم نقل عزوف في تبني هذا الخيار وخاصة المنظمات الحكومية وبالرغم من انه أصبح أكثر من ضرورة وخصوصا في ظل التنافسية الشديدة ، والتذمر وعدم رضا المواطن عن كل الخدمات المقدمة .

فقد أرجع بعض الباحثين ذلك إلى الأسباب التالية¹ :

- عدم وجود المنافسة في القطاع العام : و نتيجة لهذه الخاصية في أفراد القطاع العام ومؤسساته بتقديم الخدمات ، فإنه لا مجال لحصول المنافسة مع تنظيمات أخرى كما هو الحال في القطاع الخاص .

- تأثير العوامل السياسية على إتخاذ القرارات : وهذه إشارة إلى أن معظم القرارات التي تتخذ في القطاع العام تتأثر بأبعاد سياسية واجتماعية مما ينعكس بأثر سلبي على موضوعية القرار ، فالقرار الموضوعي المبني على أسس علمية هو ذلك القرار المتضمن مفهوم ومعنى إدارة الجودة الشاملة .

* تأثير قوانين الخدمة المدنية : أصبحت الأنظمة والقوانين وإجراءات تنفيذها قيودا تحد من قدرة المسؤولين في القطاع العام على اتخاذ القرارات المتعلقة بتعيين المرشحين الأكثر كفاءة .

- عدم وضوح الأهداف : يلاحظ هنا أن بعض الأهداف في القطاع العام غير قابلة للقياس وغير واضحة مما ينعكس بشكل سلبي على وظائف الإدارة مثل التخطيط

والتنسيق والتنفيذ... الخ ، ويصبح هناك مجال للتداخل وفقا للمعايير الشخصية مما يشكل حدوث صراعات وظيفية داخل التنظيم .

- عدم تطبيق أنظمة العقوبات والمساءلة في حالة التجاوزات : يؤدي ذلك إلى ظهور ما يعرف بالسلوك غير المتوازن من اللامسؤولية إلى اللامبالاة لدى الأفراد العاملين وبشكل يؤثر تأثيرا سلبيا على الأداء ، وعلى إستمرارية المنظمة .

- عدم إعطاء أي أهمية لعملية قياس وتقييم الأداء : وتعتبر هذه المراحل من الأمور الواجب مراعاتها خاصة فيما يتعلق بتبني أنظمة حوافز جيدة تعمل على دفع الأفراد لبيذل المزيد من الجهود الرامية إلى تحقيق الأهداف ، ولكن نلاحظ أن عملية الأداء ليس لها أهمية كبيرة في القطاع العام .

الإفتقار إلى وجود نظام حوافز جيد : إن عدم تواجد أنظمة جيدة للحوافز ينعكس سلبا على الروح المعنوية للأفراد العاملين و بالتالي انخفاض إنتاجيتهم .

- تغلب المصلحة الشخصية على المصلحة العامة : يؤدي غياب الفهم الكامل لمعنى المؤسسة في القطاع العام إلى تغلب المصلحة الشخصية على المصلحة العامة ، وهذه من أهم المعوقات التي تمنع تطبيق إدارة الجودة بصورة كاملة .

- عدم توفر الخبرات والمهارات الجيدة : من المعروف أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يحتاج إلى دراسات تحليلية لتحديد الخيارات المطروحة أو المتوافرة وإيجابيات وعيوب كل بديل من أجل إتخاذ القرار الذي يساعد في تقليل التكاليف ، وتقديم الخدمة بمستوى مقبول من الجودة ، لان عدم توافر مثل هذه الخيارات يؤدي إلى اتخاذ قرارات على أسس عاطفية غير ناجحة .

- عدم التركيز على تشجيع الإبداع و الابتكار : إن الابتكار و الإبداع يعتبران من المتطلبات الأساسية للإرتقاء بمستوى الخدمات والسلع المقدمة للجمهور وهذا ينعكس بشكل إيجابي ويدعم إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة . والملاحظ في القطاع العام غياب تشجيع المبدعين والمبتكرين .

ب - عوامل فشل تطبيق TQM في المنظمات الصحية :

قبل سرد عوامل فشل تطبيق TQM في المنظمات الصحية كان لنا من الأنسب التعرض لأهم الأمراض المنتشرة والتي تعيق تطبيق هذا النظام . وذلك في إشارة إلى ما حذر

منه رائد الجودة دومنغ **EDWARD-DEMING** والتي سماها بالأمراض السبعة القاتلة للمنظمات¹ :

- عدم ثبات أو إستقرار الهدف² فالمنظمات التي تطبق نظام الجودة يكون لديها أهداف و أولويات متزاخمة ومتصارعة ويؤدي عدم استقرار وثبات الأهداف إلى خلق حالة التهكم واللامبالاة وعدم الاكتراث لدى قسم كبير من القوى العاملة .
- التركيز على الأرباح في الأجل القصير فقط .
- عدم كفاءة الأنظمة التقييم التقليدية لأداء الفرد وتخويف العاملين بالتأثير على مستقبلهم الوظيفي نتيجة هذه الأنظمة .
- التغييرات الكثيرة في الإدارة .
- الإدارة على أساس الكم فقط .
- عدم بدء نظام الجودة في المنتجات أول خطوة .
- التكاليف المغالي فيها وغير ضرورية في مجالات ضمان المنتج والاستشارات والأمور القانونية .

ب - 1 - عوامل متعلقة بطبيعة العمل بالمستشفيات³ :

- عدم وضوح خط السلطة بالمستشفى :
- ومن السمات التي تميز بها المستشفى عدم وضوح خط السلطة بها كما يصعب تطبيقه حرفيا في حالة وضوحه وذلك بسبب وجود نوعين من السلطة :
- سلطة ممارسة الرعاية الطبية .
- سلطة تتعلق بإدارة العمل بالمستشفى .
- فعلى سبيل المثال الممرض الذي يتلقى الأوامر من الطبيب المعالج ومن إدارة المستشفى بصفته عامل لديها .

¹ - 32 .
² - " ماجستير " الإسلامية فلسطين 2004 . 91 .
³ - الصيرفي المستشفيات كيفية تميز العالمين بها 1 الإسكندرية : 2009 . 322 - 324 .

هذه الإزدواجية في السلطة تؤدي في أحيان كثيرة إلى الارتباك في تنفيذ الأوامر التي قد تكون متعارضة أحيانا .

- تعدد الوظائف التي يقوم بها المستشفى وتعقدها .

- صعوبة التنبؤ بحجم العمل بالمستشفى .

- صعوبة الأداء فيها . فالخطأ فيها لا يغتفر قد يؤدي إلى موت المريض أو إصابته بعاهة مستديمة .

- تعدد فئات العاملين بالمستشفى واختلاف نوعياتهم :

ينتمي العاملون بالمستشفى إلى فئات مختلفة في الثقافة والتطلعات الاجتماعية ، فهم يندرجون من عمال نظافة إلى كبير أخصائيين .

ب - 2 - عوامل الفشل المتعلقة بكيفيات تطبيق TQM¹ :

- عامل الوقت : فقد يحتاج تطبيق هذا النظام إلى وقت كبير نسبيا مقارنة بالمفاهيم والنظم الأخرى ، فقد يحتاج التدريب وتطبيق النظام إلى فترة تتراوح ما بين 18 - 30 شهر .

- عامل التكاليف : فالنظام مكلف ماليا عند وضع المواصفات وإستخدام الخبراء وتكاليف التدريب وإعادة بناء المنظمة .

- عامل الثقة : فالنظام يستمد حيويته وكفاءته من ثقة العاملين والإدارة فيه فإذا انعدمت أو انخفضت الثقة يفل النظام أمام عقبة تعترضه .

- عدم تأخر النتائج : حيث لا تظهر نتائج النظام إلا بعد فترة زمنية قد تتراوح ما بين 3 و 5 سنوات من تطبيقه .

- الإستقرار التنظيمي : يحتاج النظام إلى درجة عالية من الإستقرار التنظيمي ولذلك فتغير القيادات والمسؤولين عن تطبيق النظام قد يعجل من انهياره .

¹ - سيد

- عامل التقييم : صعوبة وضع مواصفات ومعايير ومقاييس للأداء الطبي يمكن من خلالها تقييم الأداء وتدخل التقديرات الشخصية والتحيز وعدم الموضوعية عند وضع المعايير .
- عدم التنفيذ : كثرة الكلام عن أهمية النظام وفوائده ومزاياه دون إتخاذ خطوات فعالية لتطبيقه .
- الفشل : قد يصبح النظام شماعة لتعليق الأخطاء عليها بدلا من أن يصبح أداة رئيسية للتحسين والتطوير .

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى المستشفى باعتباره ويمثل نموذج التنظيم الذي له أهداف متعددة فهو مكان للعلاج ومدرسة ومعمل ومكان للإقامة.

فالمستشفى من المنشآت الهامة والأساسية في المجتمع من خلال ما يقدمه من الخدمات الصحية بأنواعها للرفع من مستوى الصحة في البلاد ، ومن ثم توفير الظروف الملائمة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ، وهذا من خلال تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم معافى ليطبق بجهده إلى الإنتاج القومي.

وكما أسلفنا فإن الخدمات الصحية ذات الأهمية البالغة كونها مرتبطة بحياة الإنسان وبقائه على المعمورة ، الشيء الذي دفع الباحثين والعلماء في هذا المجال بالسعي الحثيث والعمل الجاد من أجل الرفع من مستوى هذه الخدمات ، ويرجع الفضل إلى الممرضة البريطانية "فلورنس ننتجل" ، بإرساء مبادئ جودة الخدمات الصحية من خلال وضعها لنظام إصلاحي والمعتمد على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية وأسس تنظيمية لإجراء في المستشفى.

وقد اختلف في ضبط وتحديد مفهوم جودة الخدمات الصحية وذلك لاختلاف موقع الفرد من المنظومة الصحية، فالطبيب يراها على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية، أما الجمهور المستفيد فيركز على طريقة الحصول على الخدمات ونتيجتها النهائية في حين نعني من الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة ، والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

وتركز جودة الخدمات الصحية على أبعاد متعددة ، أهمها بعدين أساسيين ، وهما البعد الإنساني والبعد الفني.

وتستند بالدرجة الأولى مسؤولية جودة الخدمات الصحية على عاتق الجمهور الداخلي والجزء الأكبر من هذه المسؤولية يقع على عاتق الطبيب والممرض فالطبيب دوره التشخيص ومعرفة العلة المرضية ومن ثم علاجها، والممرض هو حلقة وصل بين الطبيب والمريض ، وحتى الإدارة ، فهو المسئول عن إعطاء الدواء للمريض ومتابعة تطورات العلاج ومدى تماثل المريض للشفاء.

وفي الأخير لكي يتسنى للمنظمات الصحية تحقيق أهداف جودة الخدمات الصحية وضمان رضا الجمهور الداخلي والخارجي ، فإنها تسعى إلى تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة وهذا يتبعه جمهور الداخلي وكسب ولائه وتحفيزه ونشر ثقافة الجودة إنشاء وتكوين فرق عمل الجودة.

تمهيد:

بين	تحقيق	مبنية	السوسيولوجية
منهجية معينة			النظرية والميدانية
	فيه الظاهرة	وأهدافه	وطبيعة
	خلالها يمكن	المنهجية	وسيتم هذا
لها	والمنهج	بتحديد	الميداني لهذه
بعدها سيتم	وخصائصه الديموغرافية والوظيفية		تحديد
تحضيرها			المنهجية
			والتحليل والتفسير.

:
:
- 1
:

المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة تأسست سنة 1957
مدينة الجلفة ، هذه المدينة تبعد بحوالي ثلاثمائة كيلو متر عن جنوب الجزائر العاصمة .
وهي مؤسسة عمومية ذات طابع تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وهي
تحت وصاية الوالي، يديرها مجلس ويسيرها مدير معين من طرف وزير الصحة
المستشفيات، حيث كانت سابقا
يغطي احتياجات السكان في مجال الوقاية والعلاج عن طريق وحداته القاعدية المتمثلة في
والطفولة المنتشرة عبر ثلاث دوائر هي
الجلفة، الادريسية بتعداد سكاني يقارب 500 نسمة تتوزع على سبع بلديات
هي : ، الادريسية ، القديد ، بن يعقوب ، الدويس ، عين الشهداء .
انه وتحديدًا بعد صدور المرسوم التنفيذي ر 140/07 19 2007
والمعلق بكيفيات المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH والمؤسسات العمومية للصحة
الجوارية EPSP يحمل اسم المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة .
وتتكون هذه المؤسسة من مستشفى مركزي مكون من طوابق، ومستشفى فرعي يتكفل
الصدرية الطبية.

الطاقة الاستيعابية للمصالح الاستشفائية

	50 سرير		
	30 سرير		
-	60 سرير		
-			
-			
-			
	30 سرير	وتصفية الكلى	
	30 سرير	الأمراض المعدية	
	16 سرير	أمراض العيون	
- الخبرة الطبية القضائية	04		
-			
	10	طب الأمراض العقلية	الاستعدادات الطبية الجراحية
- المعلومات الصحية			
- النظافة الاستشفائية			
-	30 سرير		
-		قاعة العمليات	الأشعة المركزية
07			
-			علم الأحياء
- سكانير			
-			الصيدلية
- تسير المواد الصيدلانية			
- توزيع الأدوية			Plateau technique
		50 سرير	

طيات المديرية الفرعية والزيارة الميدانية .

:

1-1- بالنسبة للموارد البشرية فتحتوي المؤسسة على:

- الكوادر الطبية:

52	
53	طبيب عام
04	نفساني عيادي
01	صيدلي
00	
00	

- الكوادر الشبه طبية:

	تصنيف
229	ممرض الصحة العمومية
55	ممرض مؤهل
75	مساعد في التمريض
359	

- الإدارية:

66	الإداريون
251
317	

2-1- الأنشطة الصحية : 2013

	أيام		
42.65	1750	488	
31.66	1655	385	
32.22	2001	412	
31.14	2050	450	
7.14	455	56	المعدية
64.55	2955	814	
17.88	750	177	الأمراض الصدرية رجال
17.88	914	218	الأمراض الصدرية نساء
96.55	11222	3850	الاستعجالات الطبية الجراحية
42.66	23752	6850	

: المديرية الفرعية للنشاطات الصحية

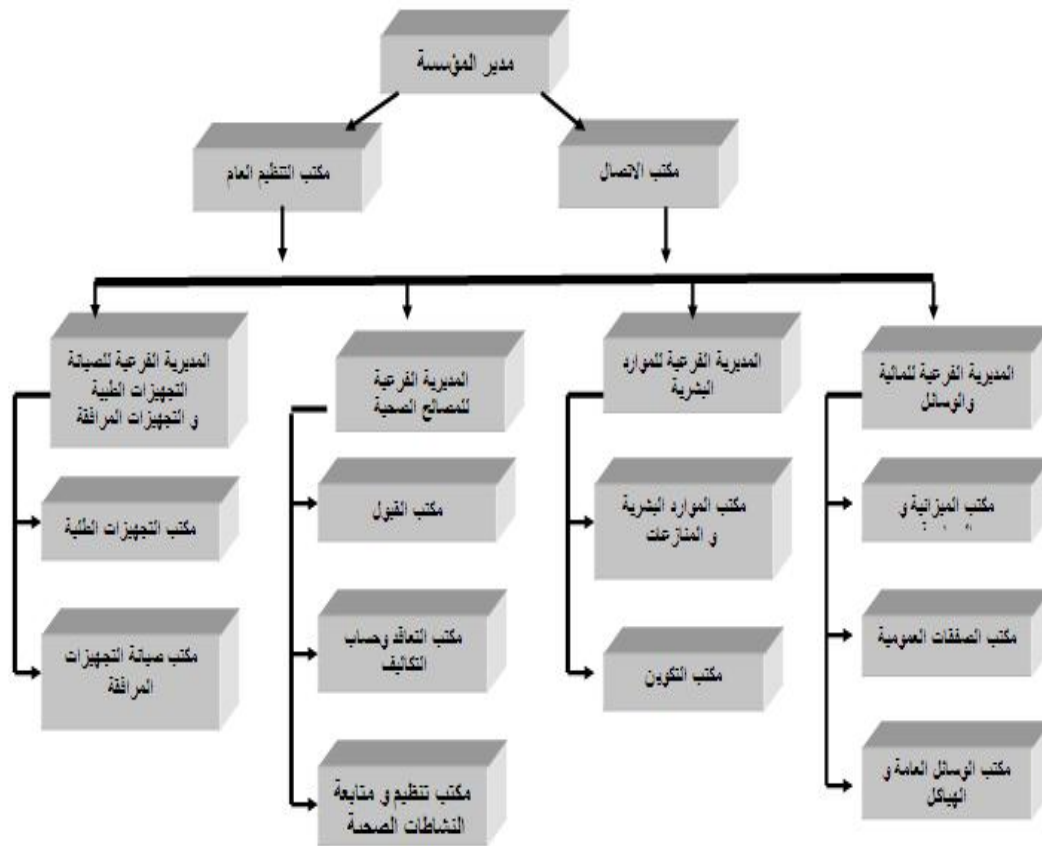
1-3- الهيكل التنظيمي للمؤسسة:

العمومية الاستشفائية بالجلفة من:

1-3-1 :

- : يديرها مدير .
- المديرية : :
- المديرية الفرعية للمصالح الصحية:
- .
- مكتب التعاقد وحساب التكاليف.
- تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها.
- المديرية الفرعية للمالية والوسائل:
- مكتب الميزانية والمحاسبة.
- مكتب الصفقات العمومية.
- مكتب الوسائل العامة والهيكل.
- المديرية الفرعية للموارد البشرية:
- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات.
- مكتب التكوين.
- المديرية الفرعية لصيانة الأجهزة الطبية والأجهزة المرافقة:
- مكتب صيانة الأجهزة الطبية.
- مكتب صيانة الأجهزة المرافقة

(11) يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية الجزائرية



: 2009/12/20م المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الإستشفائية

2 - : الفترة التي استغرقها العمل الميداني لهذه الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، حيث نشير في هذا الصدد المدة التي استغرقتها الدراسة الميدانية كانت عبر مراحل :

* : المرحلة الاستطلاعية : في هذه المرحلة تقربنا الفئة المعنية بالدراسة، وقد وقع اختيارنا على يكون ميدان الدراسة بعيدا عن موقع عملنا ، كوننا نحن أي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بحاسي بحبح وهذا لنتحرى الموضوعية والابتعاد عن معهم بعض مشاكلهم التي يعانون منها . وذلك سعيا منا لاستيعاب وضعيتهم، وكنا في كل خطوة ندون الملاحظات المهمة ، وفي هذه لة تم بناء تصويري للاستمارة ، وقد استغرقت شهر فيفري 2013 .

* : المرحلة الثانية : 02 فريل 30 فريل 2013 وفي هذه المرحلة تم عرض الاستمارة على بعض المبحوثين قصد اختبارها للتعرف على موافقنا بتعديل بع .

* : وامتدت هذه المرحلة من 01 ديسمبر غاية 27 ديسمبر وفي هذه المرحلة تم توزيع الاستبانة على المبحوثين ثم استردادها من عندهم .

3 - : ويقصد بالمجال البشري عدد أفراد المؤسسة مجال الدراسة وهو في دراستنا ممرضي ة العمومية الاستشفائية بالجلفة .

ثانيا : للدراسة وعينته :

يتمثل المجتمع المؤسسة العمومية الإية بالجلفة .

- عينة الدراسة :

العينة هي مجموعة فرعية من عناصر مجتمع معين والمعاينة هي مجموعة من العمليات تسمح بانتقاء مجموعة فرعية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة .

تطرح عملية اختيار العينة الملائمة للدراسة مشكلة تتعلق بمدى تمثيل مجتمع البحث تمثيلاً صحيحاً يساهم في إمكانية تعميم نتائج الدراسة على كل فرد من ذلك كانت هذه الخطوة من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث قيامه ببحثه وقد حاولنا من خلال الدراسة الراهنة تكون العينة التي تم اختيارها متضمنة كل المواصفات التي من شأنها تعطي البحث نسبة مقبولة من المصداقية العلمية .

يشمل مجتمع الدراسة ممارسي مهنة التمريض بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة، ووقع اختيارنا على هذا المجتمع التالية :

* يشكل ممارسو التمريض العمود الفقري للخدمات الصحية .

* ي
طويلة .

* تمثل فئة الممرضين ا

.

* تعتبر حلقة وصل بين الطبيب والمريض .

وقد تم الاعتماد في اختيار العينة على العينة العشوائية البسيطة وذلك تماشياً مع طبيعة مجتمع .

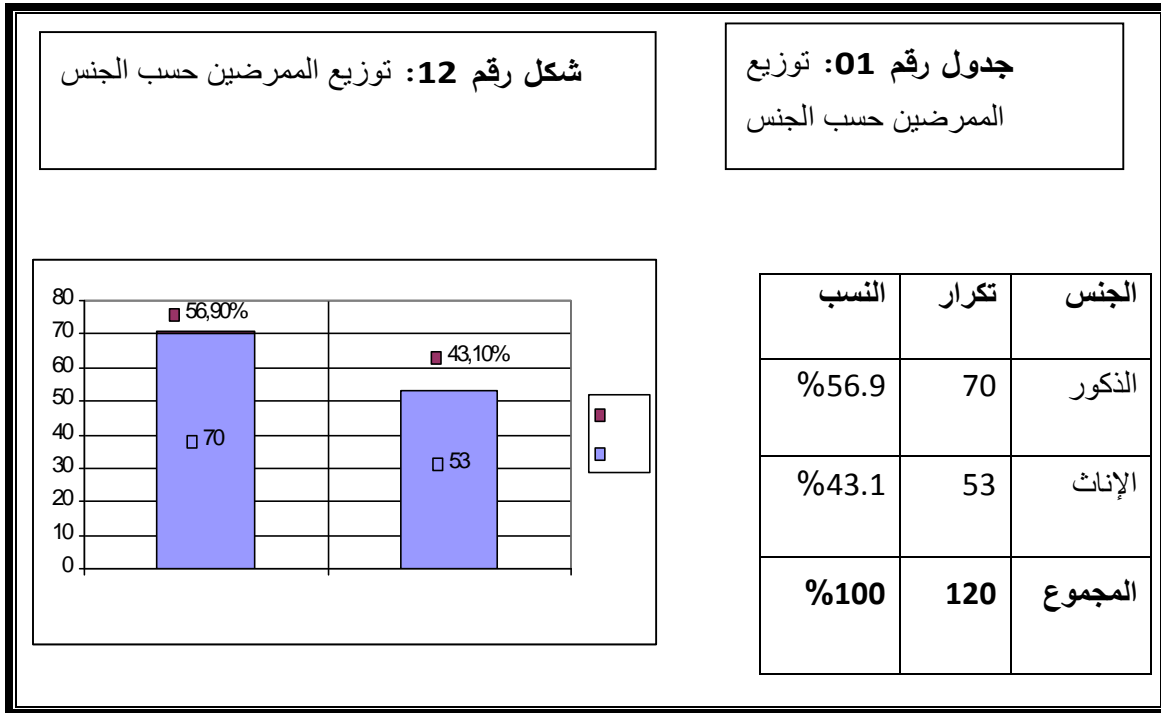
- لدينا القائمة الاسمية لكافة الممرضين العاملين بالمؤسسة والمتواجدين في الخدمة .

- تم تحديد حجم العينة بنسبة 50% من مجتمع البحث هذه العينة تم اختيارها من الممرضين الذين يباشرون العمل المباشر مع المريض .

- خصائص عينة الدراسة:

1- الجنس

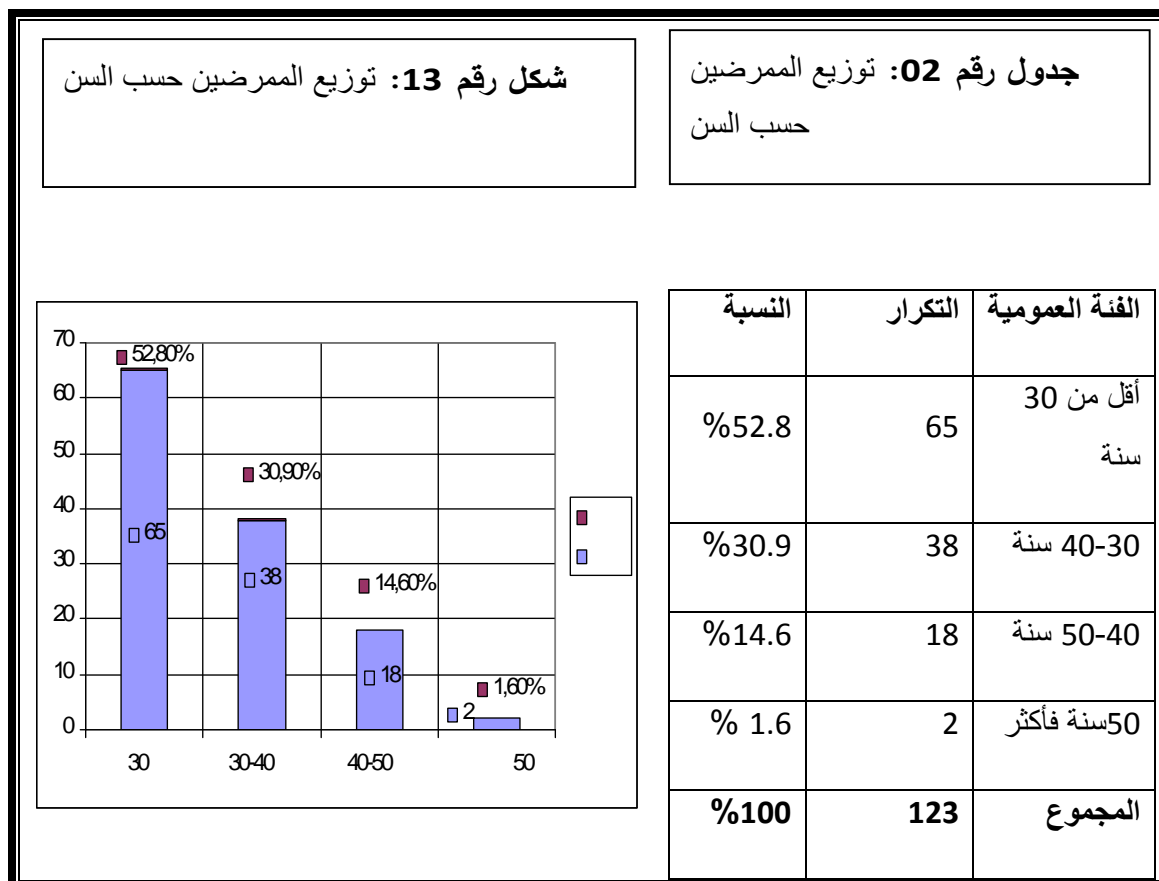
الجدول (01): توزيع الممرضين حسب الجنس



على غرار العديد من المؤسسات فإن اليد العاملة التي تعمل في المستشفيات هي من الجنسين (ذكور وإناث)، ونلاحظ من خلال الجدول أن توزيع الممرضين كان على النحو التالي: ذكور — 56.9% ، إناث — 43.1%

وهذا لطبيعة العمل في المستشفيات الذي يفرض وجود الجنسين في آن واحد كون انه هناك مصالح خاصة بأمراض النساء و مصالح خاصة بأمراض الرجال بالتالي لا بد من توفر ممرضين من الجنسين لتقديم العلاج ونلاحظ أيضا أن نسبة الذكور أكثر من نسبة الإناث ، وهذا لكون المجتمع مازال محافظا يفضل بقاء المرأة في البيت و بالرغم من ذلك فان المرأة أصبحت تنتج لهذا النوع من الأعمال ، كون عمل التمريض في الأصل عمل أنثوي، ففي الدول الأوروبية نجد الممرضة infirmière ومن النادر أن نجد الذكور في هذه الوظيفة.

الجدول (02): توزيع الممرضين حسب السن



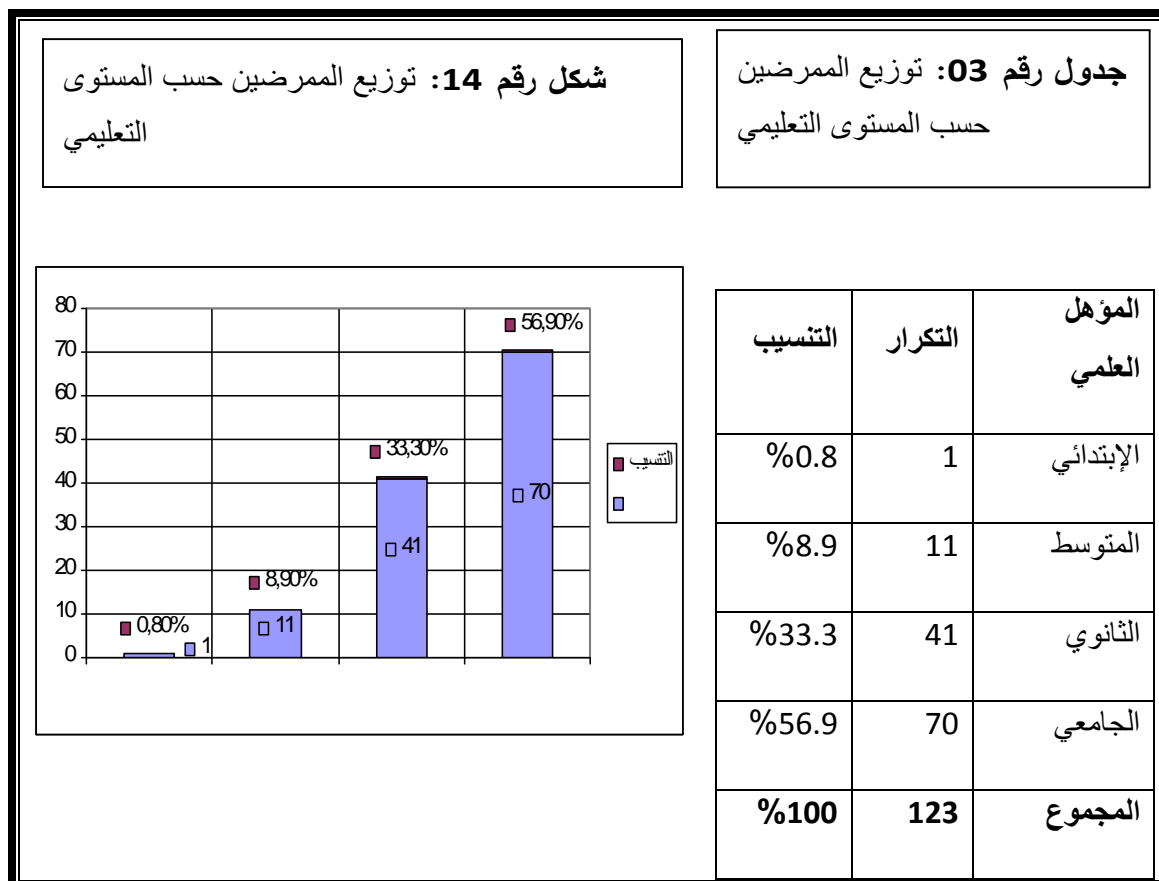
من الجدول رقم 2 نجد أن الفئة الأكثر تواجدا هي الفئة من (20-30 سنة) بنسبة 52.8% ثم تليها فئة (30-40) سنة بنسبة 30.9% ثم فئة أ (40-30 سنة) بنسبة 14.6% وأخيرا فئة أكبر من 50 سنة بنسبة 1.6% .

الفئة الأولى وهي الفئة الشابة لها توجهات خاصة ولها نظرة لما يدور في المستشفى

الفئة الثانية تمتاز بأنها في أوج عطائها وتمتلك خبرة لا بأس بها.

الفئة الثالثة تمتلك خبرة لا بأس بها فهي مطلعة على ما يدور في المستشفى ، وأخيرا فئة الكهول وهي فئة صغيرة تمتاز بالهدوء والرزانة.

الجدول (03): توزيع الممرضين حسب المستوى التعليمي.



وليتحقق الممرض بالمستشفى يجب أن يكون حاصلًا على أحد المستويات التعليمية: المتوسط ، ثانوي ، جامعي ، لذلك من خلال الجدول تم التعرف على النتائج التالية:

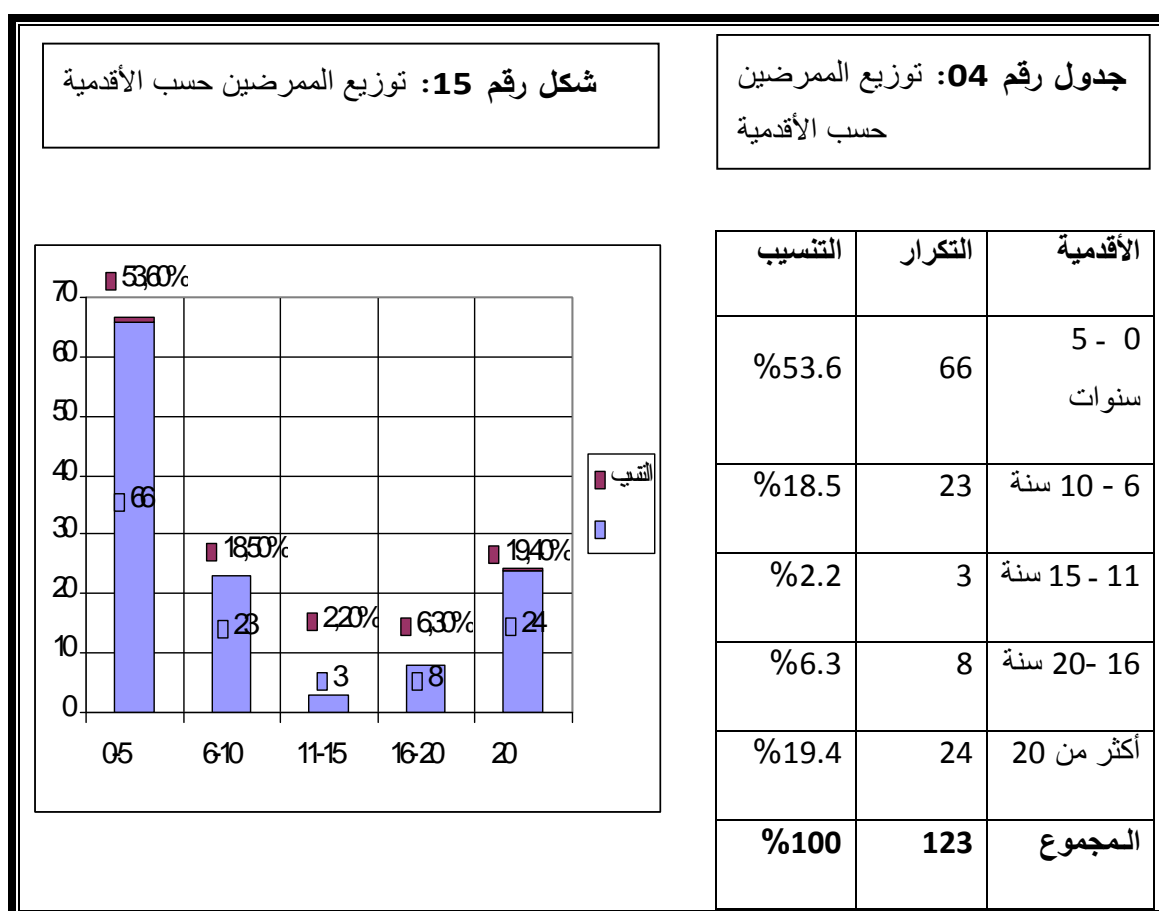
معظم الممرضين لهم مستوى جامعي بنسبة 56.9% ، ثم تأتي نسبة 33.3% من ذوي المستوى الثانوي ، ثم نسبة 8.9% من المستوى التعليمي المتوسط ،

0.8% من المستوى الابتدائي

بالنسبة للنسبة 33.3% فهي تمثل الممرضين القدامى وتضم أيضا المساعدين في التمريض، حيث قامت الدولة في السنتين الاخريتين بتكوين أصحاب المستوى النهائي لتغطية عجز نقص الممرضين ، أما نسبة 8.9% فهي تمثل الممرضين القدامى كون

مدرسة الشبه الطبي كانت تقبل بمستوى تعليم المتوسط لكن مؤخرًا لا يلتحق بالمدرسة إلا الحاصلون على شهادة البكالوريا بالنسبة للمرضى الصحة العمومية، ومستوى سنة الثالثة ثانوي بالنسبة لمساعدى التمريض.

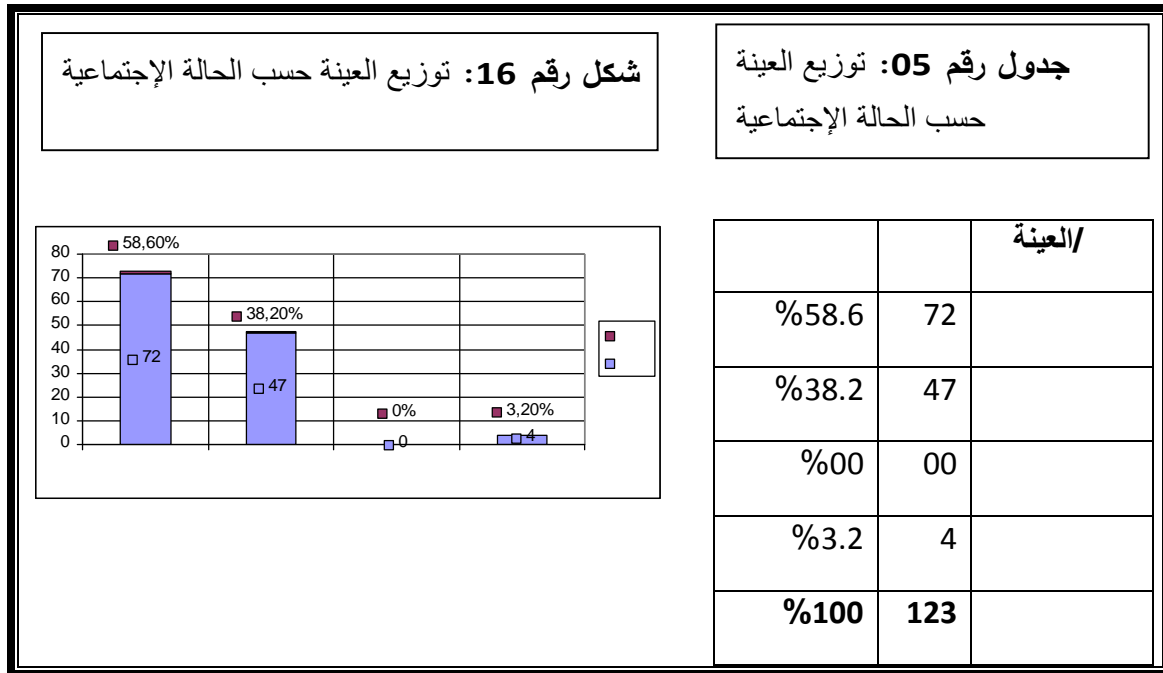
الجدول رقم (04): توزيع المرضى حسب الأقدمية



نجد من خلال الجدول رقم (4) أن فئة العمال ذوي الأقدمية من (0-5 سنوات) تمثل أكبر نسبة 53.6% بعدها تأتي فئة (أكثر من 20 سنة) بنسبة 19.4%، ثم تأتي (6-10 سنوات) بنسبة 18.5% ثم تأتي فئة (16-20 سنة) بنسبة 6.3% وأخيرا تأتي فئة (11-15 سنة) بنسبة 2.2% نستخلص من هذه النسب

أن المستشفى يملك فريقاً من الممرضين الجدد والتي قدرت بـ 53.6% ويلاحظ نقص في ذوي الخبرة.

جدول رقم (05) : توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية .



من خلال المعطيات الإحصائية الواردة في هذا الجدول يتبين ان نسبة 58.6% من أفراد عينة البحث هم من المتزوجين وان نسبة 38.2% من افراد العينة من العزاب، ونسبة 3.2% من أفراد العينة من المطلقين.

وربما يكون الأفراد المتزوجون أقدر من غيرهم على تحمل المسؤولية ، وأحرص على أداء الأعمال التي يكلفون بها لأن إرتباطهم الأسري يجعلهم أكثر إرتباطاً بالمؤسسة التي هي بالنسبة إليهم مصدر رزقهم لذلك فهم أشد حرصاً على تحقيق أهدافها.

: المنهج المستخدم في الدراسة :

تهدف هذه الدراسة بالدراسة بالجامعة العمومية الاستشفائية بالجلفة ، ونظرا لطبيعة الموضوع ومحاولة لتشخيص الظاهرة وكشف جوانبها وتحديد العلاقة بين الحوافز وجودة الخدمة الصحية، فقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي الذي نراه مناسباً لهذا النوع من الدراسة ، فالمنهج الوصفي من المناهج استخداماً وخاصة في مجال البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية ويهتم المنهج صاف دقيقة علمية للظاهرة المدروسة ووصف الوضع الراهن وتفسيره كما يهدف أيضاً دراسة العلاقة القائمة بين الظواهر المختلفة، ولا يقتصر المنهج الوصفي على جمع البيانات لذلك على الباحث تصنيف البيانات والحقائق وتحليلها تحليلًا كافيًا ثم تعميمات بشأن الظاهرة موضوع الدراسة .

: جمع البيانات :

لا يمكن لأي بحث من الأبحاث السوسولوجية أن يتمحور بنائياً ووظيفياً للباحث بعد تحديد المنهج المتبع أن يتصور أداء للمعينة¹ معاينة تركز على أسس وأدوات تساعد الباحث عند استخدامها في الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخدم بحثه مع الالتزام بطبيعة بحثه ونوع البيانات المراد جمعها ولقد ركزنا على كل وسيلة تساعدنا على جمع البيانات ونذكر منها .

1 - : المنهجية التي يقوم بها الباحث وفق قواعد محددة، للكشف عن تفاصيل الظواهر، معرفة العلاقات التي تربط بين عناصرها، وتتطلب من الباحث ملاحظة هذه الظواهر في ميدان البحث، وقد تم استخدام هذه الأداة منذ البداية أي منذ المرحلة الاستطلاعية حيث قمنا :

- على مجتمع البحث من خلال زيارتنا إلى المصالح التي يعملون فيها .
- التعرف على طبيعة العمل الموكل إلى العينة المبحوثة، وتدوين سلوكهم اتجاه مرضاهم.
- الفئة المبحوثة والتفاعل معهم مع تدوين كل ملاحظة نراها كملحظة طريقة التفاعل مع بعضهم (....) .

¹ -Rymond quivy , Luc Van comphonhoud , manuel de recherche en sciences sociales , bordus , paris , 1988 , P 155 .

2 - : في كثير من الأحيان تكون الملاحظة غير كافية لاستقراء الواقع الاجتماعي وهذا حسب طبيعة البحث ولذلك تدعم هذه الفئة بتقنيات أخرى، كتقنية المقابلة والت تعرف على أنها "تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة من يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية"¹.

دائرة ليسمح لنا بالزيارة الميدانية ، وتم توصيلنا إلى مدير الفرعي للموارد البشرية في حالة تعب وإرهاق كونه كان في المداومة الليلية وقد تمحور لقائنا في النقاط التالية:

- خدمات الصحية المقدمة للمواطنين؟
- هل يتم إشراك العمال في بعض القرارات والمتعلقة بمجال العمل ؟
- هل هناك عراقيل في تطبيق منظومة الحوافز ؟
- هل يقوم المستشفى ببعض الدورات التكوينية لعامله ؟
- هل يقوم المستشفى ببعض الدورات التكوينية لعامله ؟
- :
-
- مرضين .
- ؟
- تلبية رغبات المرضى .
- الوسائل والتجهيزات بالمصلحة .

¹ - طلعت إبراهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، القاهرة : درا عريب للنشر 1995 . 85 - 86 .

الثالث عند تسليم الاستمارات التقرب من الفئة المبحوثة و التفاعل معها
واللحظة الحاسمة أي عند تقبلهم المناقشة نبدأ معهم النقاش حول موضوع .

3 - الاستبيان : ويعرف بأنه "مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين، يتم وضعها في استمارة ترسل للأشخاص المعنيين بالبريد أو يجرى تسلمها باليد تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها، وبواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة غن الموضوع أو من معلومات متعارف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق"¹ .

هي فحص للفرضيات وهي توجه للمبحوث وي
استقراء الميدان ثم يتم صياغة أسئلتها وقد أخضعناها للتجريب بتطبيقها على عدد من
العينة قدر ب 10 اختي طريقة عشوائية ، ثم تم تعديل بعض
يفهمها المبحوثو بعضها لتعرض بعد التجريب على
ليتم الاستقرار على ما عليه الاستبانة فقد تم توزيع 130
المرضى 50% من المجتمع الأصلي للمرضي
استمارة كاملة جاهزة للقراءة والتحليل .

123

:

: محور البيانات الشخصية .

: محور الحوافز المادية وجود الخدمة الصحية .

: محور الحوافز المعنوية وجودة الخدمة الصحية 34 .

: أساليب المعالجة الإحصائية :

تمت معالجة بيانات مفردات الدراسة وفقا لبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS
(Statistique package for sociale sciences)

حيث استخدم الباحث جداول التكرار الإحصائية الأساسية النسب المئوية مع
سوم البيانات لزيادة الإيضاح .

: ديوان المطبوعات الجامعية ، 2009

¹ - ار بوحوش ، محمد محمود الذنيات ، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث

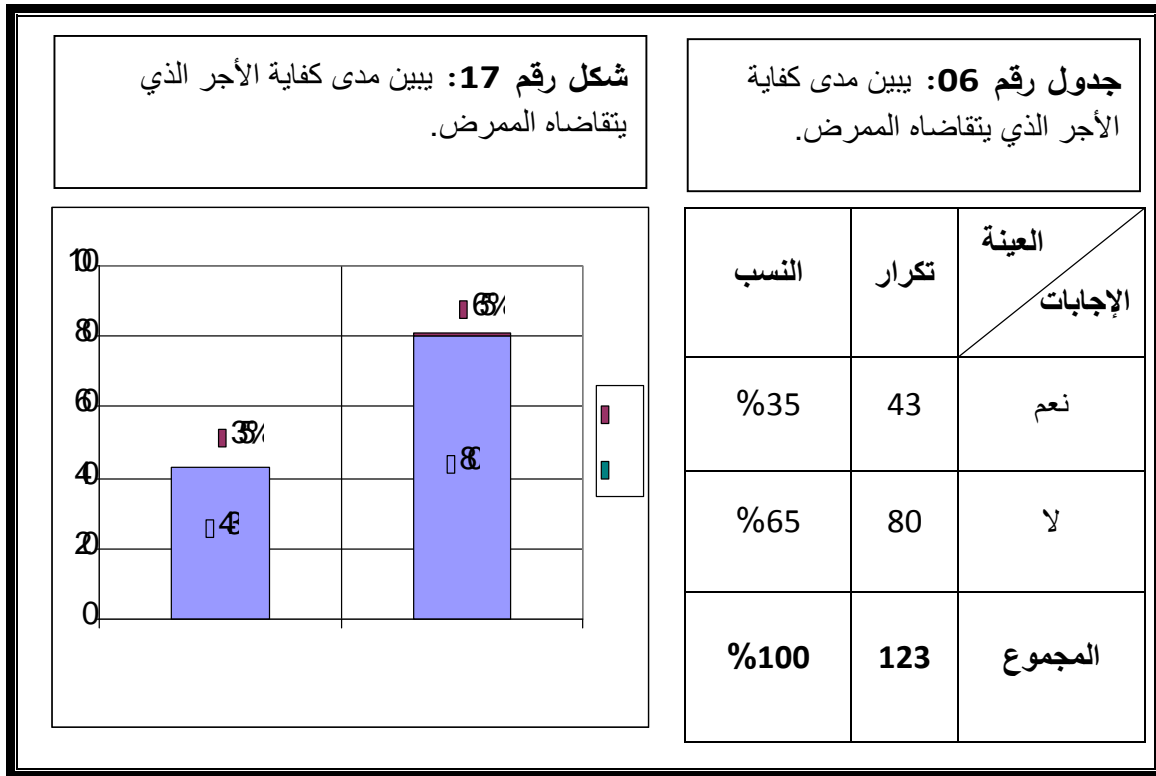
تمهيد

بعد توزيع الإستبيان على مجتمع البحث تم الحصول على كم كبير من المعطيات الواقعية، ولتحقيق الوصول إلى إجابة على إشكالية الدراسة سيتم إلقاء الضوء وبشكل مفصل على هذه البيانات التي َتوصلت إليها الدراسة الميدانية التي أجريت على مجتمع البحث بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالجلفة حيث تم الاعتماد على تبويب وتكميم البيانات وحساب النسب المئوية ورسم الأعمدة البيانية لتفسير وتحليل الواقع المدروس، وذلك من خلال عرض نتائج الدراسة ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة وتأكيد أو نفي صحتها والإجابة على تساؤلاتها .

I. عرض وتحليل ومناقشة البيانات الميدانية :

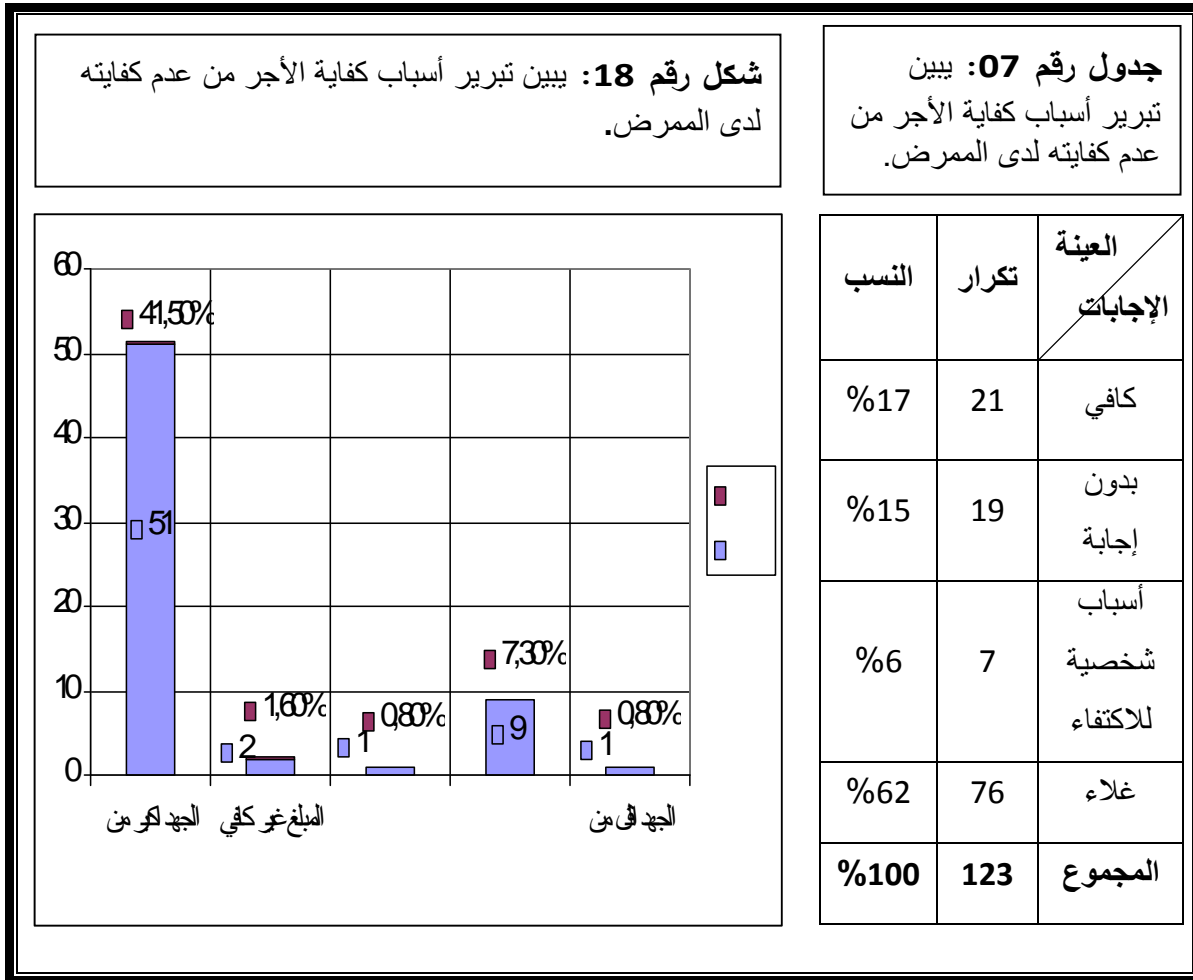
اولا : تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى والمتمثلة في علاقة الحوافز المادية بالجودة في مجال الصحة.

الجدول (06): يبين مدى كفاية الأجر الذي يتقاضاه الممرض.



من خلال المعطيات المتحصل عليها في الجدول أعلاه أن النسبة الكبيرة من الممرضين المبحوثين والتي تقدر بـ 65% أجابوا بعدم كفاية الأجر الممنوح لهم في المقابل ترى ما نسبته 35% أن الأجر الذي يتقاضونه كافي لسد حاجياتهم .

الجدول (07): يبين تبرير أسباب كفاية الأجر من عدم كفايته لدى الممرض.



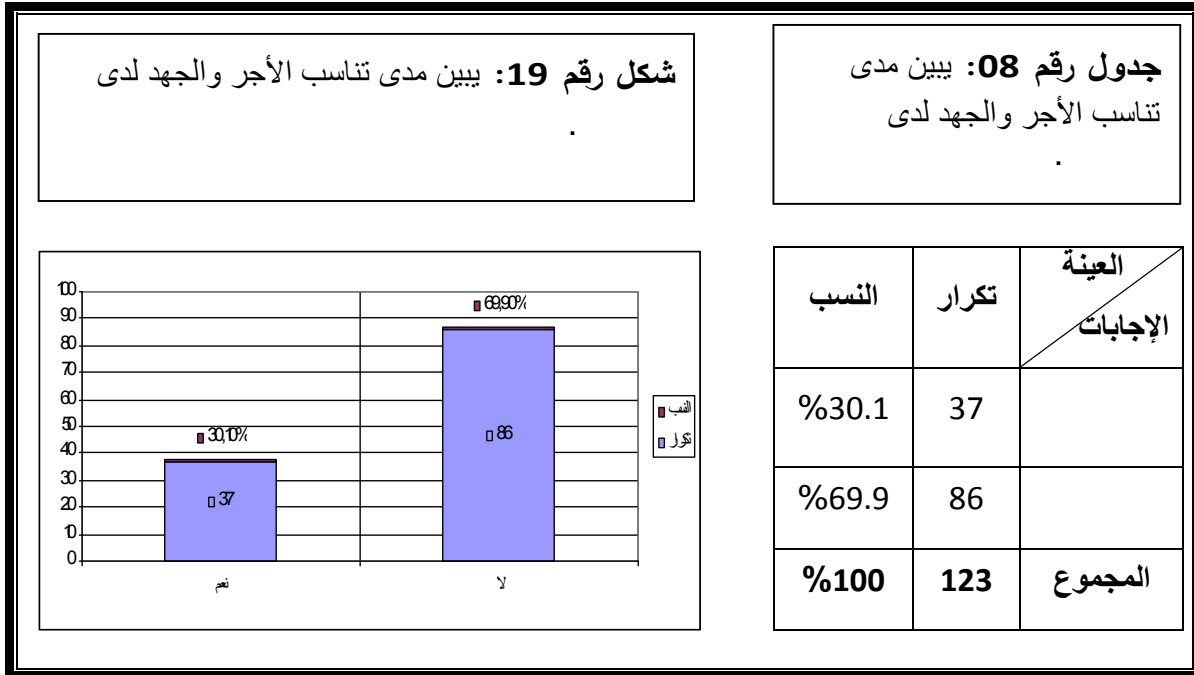
يتبين من المعطيات الإحصائية لهذا الجدول بان الاتجاه العام للمبحوثين موجود في الخانة للمجيبين بغلاء المعيشة بنسبة 62%، وتوضح الشواهد والدلائل بان من استجوبناهم لديهم أسر يقومون بإعالتها وان مطالب الأسرة تتنامى يوماً بعد يوم ولذلك فانه مهما زاد الأجر فان الحاجات في تزايد مستمر، هذا إضافة إلى ارتفاع الفاحش للأسعار في الآونة الأخيرة ، إضافة إلى أنه من المبحوثين من أشار إلى غلاء الكراء والمواصلات فسعر الكراء في هذه المدينة أصبح خيالاً مقارنة بالسنوات الماضية إضافة إلى أن هناك فئة من العمال تسكن في البلديات والدوائر القريبة من مكان العمل، وبالتالي هذه الفئة تعاني أيضاً من غلاء المواصلات .

وفي المقابل ترى ما نسبته 17% بان الأجر كافي وبرروا ذلك إما أنهم مسئولين عن أنفسهم فقط (عزاب) وإما أن لديهم أسر صغيرة الحجم، ومنهم من رأى انه يكتفي بالضروريات وهو ليس بحاجة إلى الكماليات، ومنهم من برر لنا انه يحمد الله على نعمه وهذا الأجر وان كان زهيدا فهو كافي فقد باركه الله .

وإن نسبة 15% من المبحوثين لم يجيبوا عن السؤال، وفي الأخير تأتي نسبة 6% من المبحوثين أرجعت أسباب كفاية الأجر إلى أسباب شخصية .
وعلى العموم فإن ارتفاع الأسعار في المواد الأساسية سيظل احد الأسباب الرئيسية التي تحول دون إشعار العامل بالزيادة في الأجر .

س8

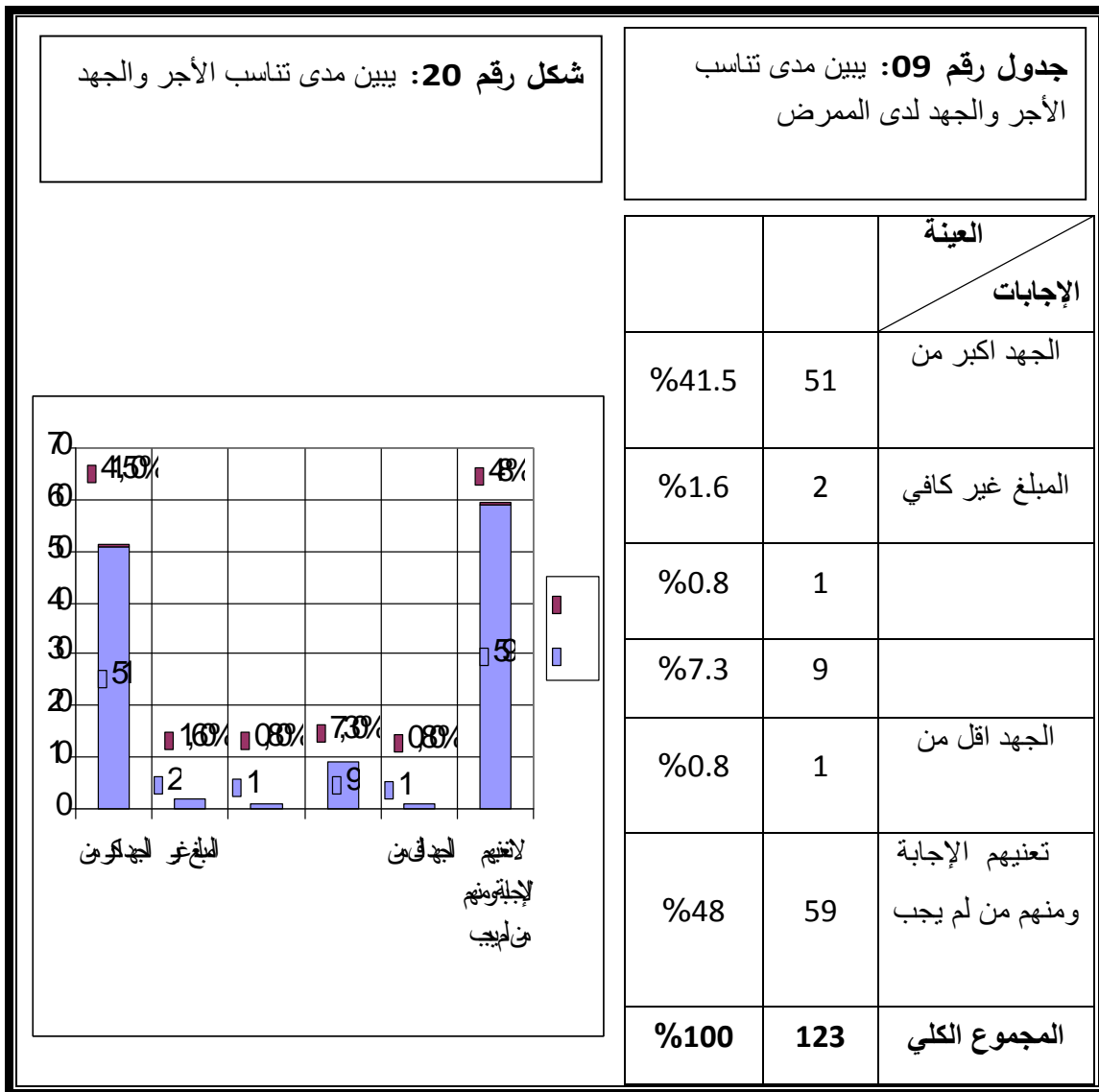
الجدول (08): يبين مدى تناسب الأجر والجهد لدى الممرض.



تبين المعطيات الإحصائية لهذا الجدول انعدام التوازن بين الجهد المبذول والأجر الذي يتقاضاه العامل حيث عبر 86 من أفراد العينة على عدم تكافؤ الأجر المتقاضى مع الجهد المبذول أي أن نسبة ، 69.6% لم تر التناسب بين الجهد والأجر في المقابل أجاب بالإيجاب 37 فرد من العينة بتناسب الأجر مع الجهد 30.1% .

س8-ا

الجدول (09): يبين مدى تناسب الأجر والجهد لدى الممرض.



تبين القراءة الإحصائية في هذا الجدول بان الاتجاه العام للمجيبين عن السؤال

52% 64 ممرضا من العينة البحثية في المقابل لم يجب 64

من العينة والذي قدر بنسبة 48% وهذه النسبة تضم العينة البحثية التي أجابت بتناسب الجهد مع الأجر والبالغ عددهم 37 فردا كما رأينا في الجدول سابق أضيف إليها جزء من العينة التي أجابت بعدم التناسب وذلك بعدم تعليقهم عن نسب عدم التناسب .

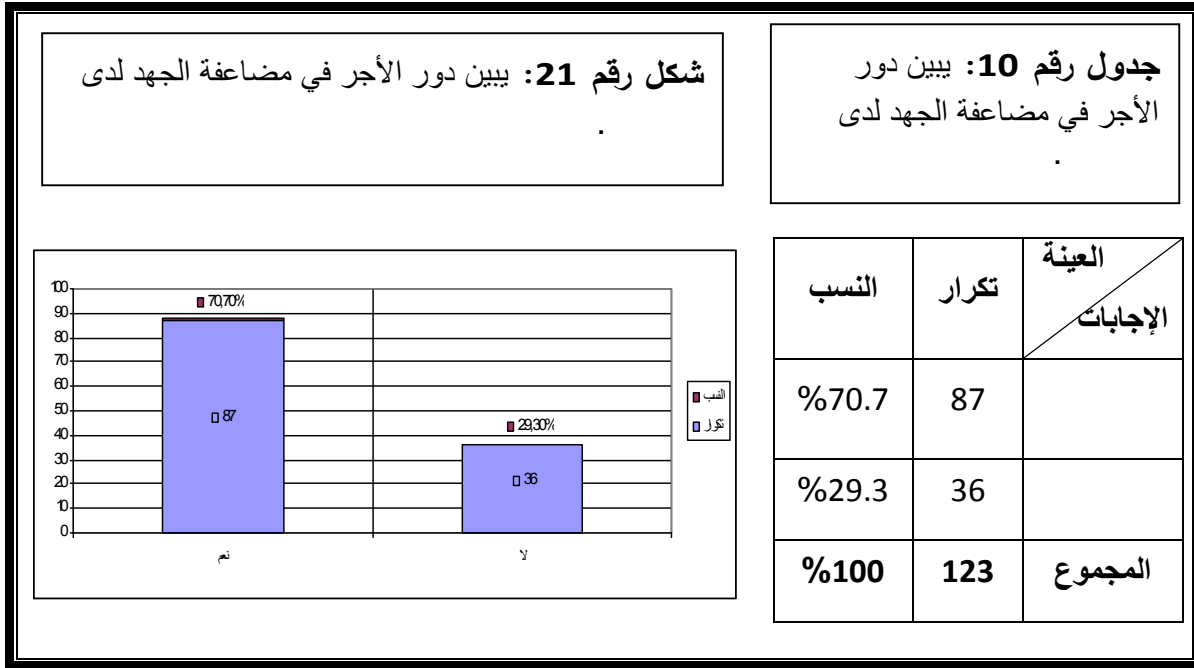
41.5% من المبحوثين بان السبب يعود إلى أن الجهد الذي

يبدل هو أكبر من الأجر الممنوح وتشير الخانة 7.3% من المبحوثين أن عدم التناسب بين الجهد والأجر يرجع إلى كون المصالح التي يعملون فيها ذات ضغوط عالية من حيث كثافة العمل .

وترى الفئة المقدرة بنسبة 1.6% بأن الأجر غير كافٍ مقارنة بما يقدم من مات وتعب وإجهاد .
وتشير نسبة 0.8% من المبحوثين أن عدم التناسب يعود إلى أن مصالحهم تعاني من قلة تعداد الممرضين وبذلك الممرض الواحد يقوم بمجموعة من المهام يفترض أن يؤديها مجموعة من الممرضين .
0.8% من المبحوثين أن الأجر يتناسب مع الجهد .

الاستعجال التي تعج بالمرضى فلا يكاد ينقطع العمل فيها ، وكذلك الشأن لبعض المصالح ونذكر منها مصلحة تصفية الكلى التي تعاني من ضغوط العمل إضافة إلى الذين قوم بعلاجهم، فهم التوتر وغير راضين دائماً .

الجدول (10): يبين دور الأجر في مضاعفة الجهد لدى الممرض.

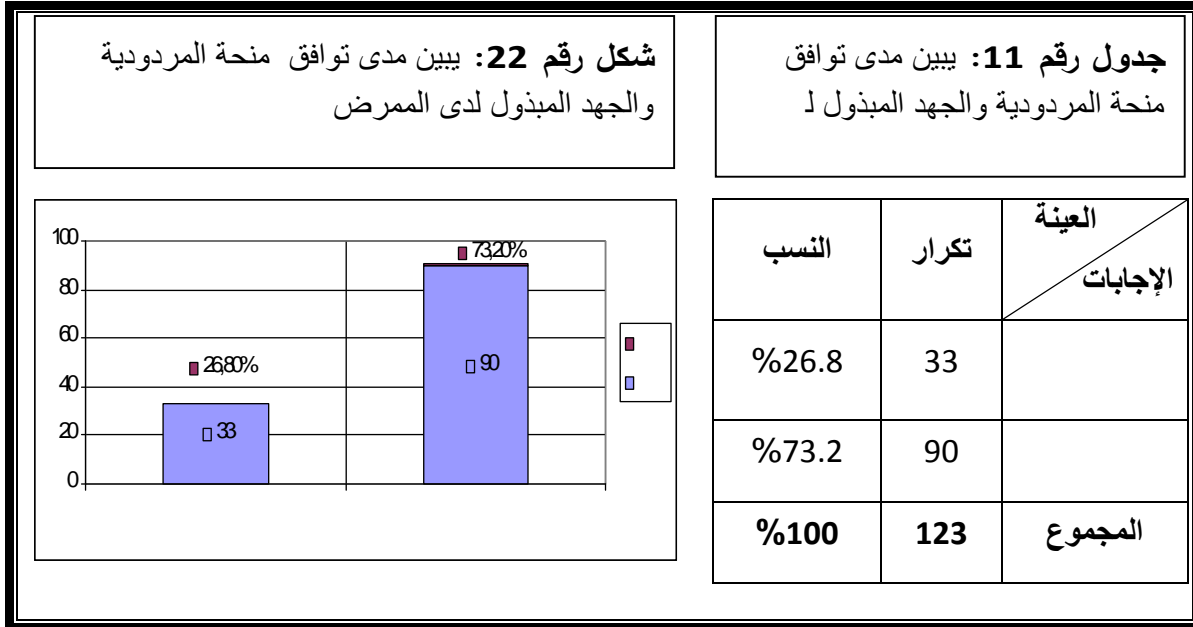


تشير المعطيات الواردة في هذا الجدول إلى أن نسبة 70.7% من أفراد العينة أكدوا على أن الزيادة في الأجر تؤدي إلى مضاعفة الجهد، في المقابل ترى نسبة 29.3% منهم على أن الزيادة في الأجر لا تؤدي الزيادة في الجهد.
أن هذه الإحصاءات تشير بلا شك إلى أن الحوافز المادية، ومنها الزيادة في الأجر من شأنها أن تحفز العامل لبذل المزيد من الجهد.
والجدير بالذكر أن نسبة 29.3% من عينة البحث رأت بأن الأجر لا يؤدي إلى مضاعفة الجهد ، فعند اقترابنا من هذه الفئات وجدنا منهم من يرى أن الضمير المهني هو الذي يجعلك تؤدي العمل ، و رأت فئة أخرى بأن الله رقيب علينا و لذلك لا بد من تقديم العمل كما هو دون تقاعس ، و فئة أخرى لم تقم بالتعليق فهي ترى أن الأجر لا

يدفعهم إلى بذل الجهد ، ومنهم من يرى أن هناك عوامل أخرى غير الأجر هي التي تدفعك للأداء الجيد .

س10

الجدول (11): يبين مدى توافق منحة المردودية والجهد المبذول لدى الممرض.

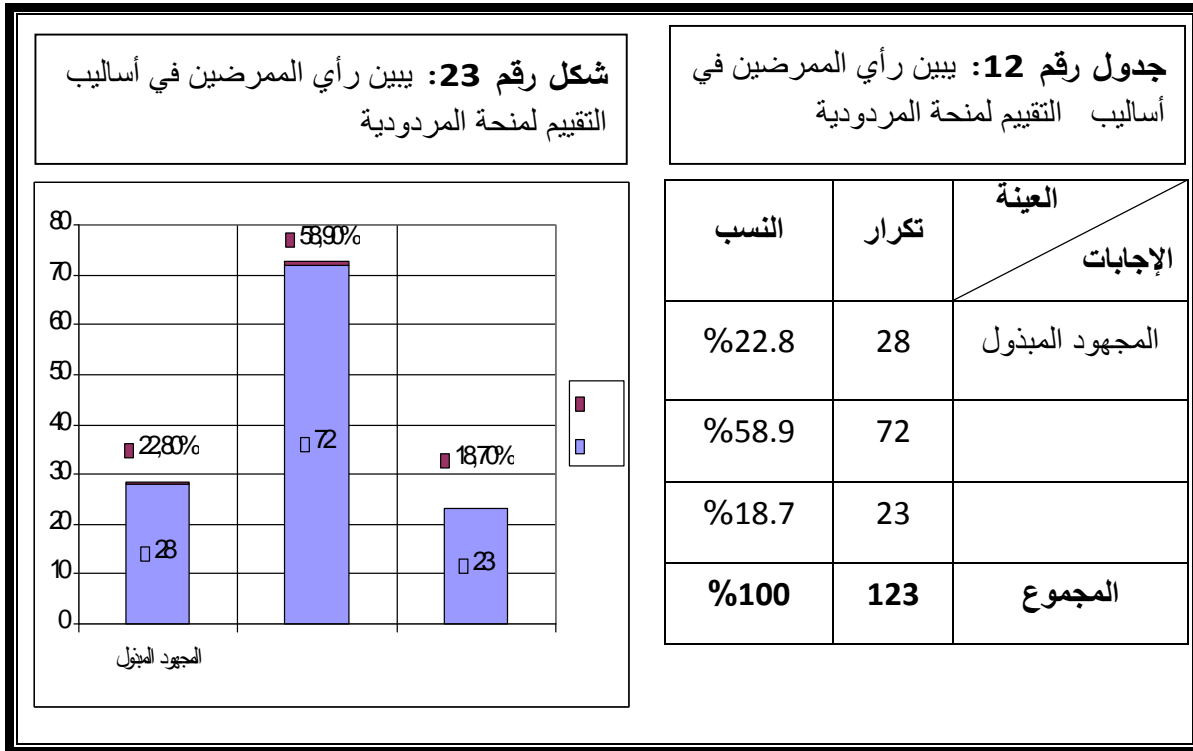


يشير التحليل الإحصائي للجدول أعلاه أن نسبة 73.2% من أفراد العينة ترى بعدم تناسب منحة المردودية و الجهد المبذول ، في المقابل ترى نسبة 26.8% منهم بأن منحة المردودية تتوافق و جهودهم ، و هذه الإحصائيات تبين اختلاف وجهات النظر ، في هذه المنحة ، و يعود ذلك إلى اختلاف كثافة العمل من مصلحة إلى أخرى ، و لذلك نجد أن القانون المنظم لهذه المنحة يعتمد أولاً على تقييم المصلحة ، ثم يتم تقييم العاملين بها .

فالمصالح تختلف في أدائها من شهر إلى شهر ، ففي شهور تكون ضغوط العمل عالية ، مثلاً مصلحة غرفة العمليات يكون العمل فيها مرتفعاً في الفصول الثلاثة ، بينما ينخفض الضغط فيها في فصل الصيف ، لتوقيف برامج العمليات و يبقى نشاطها في العمليات الاستعجالية .

س10-ا

الجدول (12): يبين رأي الممرضين في أساليب التقييم لمنحة المردودية .



تبين المعطيات الإحصائية لهذا الجدول بأن الاتجاه العام للمبحوثين قد أجاب عن هذا السؤال بنسبة 81.7 % و هذا بالرغم أن البعض منهم قد أ الذي يعني اهتمام عينة البحث بمعايير تقييم هذه المنحة .

و عبرت نسبة 58.9 % من المبحوثين أن هذه المنحة تعطي وفق معيار المحاباة في المقابل ترى نسبة 22.8 % أن هذه المنحة تعطي وفق معيار الجهد المبذول ، و أخيرا ترى نسبة 18 % لم تجب عن السؤال لأنهم أجابوا بأن المنحة مناسبة للجهد المبذول .

و يتضح من هذه الإحصائيات أن الاتجاه العام لعينة البحث ترى أن المنحة تعطي وفق معيار المحاباة ، و يعود هذا لغياب أساليب التقييم الموضوعية في المستشفى ، و التي تقوم أساسا على اتجاهين متوازيين هما :

1- تقييم أداء العاملين بمختلف فئاتهم و مستوياتهم الوظيفية و المهنية .

2- تقييم أداء الوحدات أو الأقسام أو الإدارات التي تتكون منها المستشفى .

و تعتبر عملية تقييم أداء العاملين واحدة من أهم المفردات إدارة الموارد البشرية في المستشفيات ، و تهدف بصورة أساسية إلى : جودة و كفاءة كل فرد في وظيفته، و تقييم قدراته لغرض التطوير و الترقية ، و هي بهذا المعنى تحمل بعدا حاضرا ، و بعدا مستقبليا ، فالبعد الحاضر يعني إصدار حكم على مستوى أداء الفرد كوسيلة مهمة من وسائل الرقابة ، أما البعد المستقبلي فيتضمن اكتشاف القدرات و

ت الكامنة للموظف لغرض الوقوف على حقيقة إمكانية تطويره و ترقيته لاستلام

و يعتمد تقييم أداء العاملين على عنصرين أساسيين ، هما البعد الفني و البعد السلوكي ، فالبعد الفني يعني تطوير مجموعة من المعايير ، أما البعد السلوكي فيشير إلى قدرة المديرين على انجاز هذا التقييم ، بعيدا عن المحاباة أو الخوف من رد فعل المرؤوسين ، الأمر الذي يعني أن يتصف الرؤساء في المستشفيات بالجرأة و التجرد من حيث التقييم الموضوعي ، و قياس مستوى أداء المرؤوسين لكل عنصر من عناصر تقييم الأداء ، و من حيث مواجهتهم بنتائج التقييم و محاسبة المقصرين و تحفيز المجدين ، و يمكن تصنيف معايير أداء العاملين بالمستشفيات إلى مجموعتين هما :

1- معايير موضوعية .

2- معايير تقديرية .

فالمعايير الموضوعية بدورها تنقسم إلى فئتين :

- معايير عامة :

1-

- الغياب

- مدة الغياب

- تكلفة الغياب

- مواعيد الغياب

2- الشكاوى ونتائجها : شكاوى المرضى والزائرين والزملاء والمرؤوسين

3-

- معايير التقديرية : فهي صعبة كون أداء المرضين و الأطباء لا يمكن قياسه أو إخضاعه للمعايير التقديرية .

و يعتمد لتقييم الأداء على تقارير أو نماذج تعدها إدارة الموارد البشرية لتقييم الأداء، و عادة ما تحتوي هذه التقارير على :

1- المعايير الإنسانية : وهي تتمحور حول علاقة الموظف برؤسائه و مرؤوسيه

و زملائه .

2- المعايير الشخصية : و هي تتركز حول

و تحقيق الذات و البراعة و اللباقة التي يظهرها الموظف .

3- المعايير المهنية : و تتمثل في قدرة الموظف على أداء واجباته و حل كافة

المشاكل التي تعترض عمله المهني ، بهدف انجاز أهداف المستشفى الذي ينتمي إليه .

و من أمثلة أنواع المعايير المشار إليها سابقا و الأكثر شيوعا في الممارسات

العملية ما يلي :

- المعرفة بالعمل و الإلمام بمهام الوظيفة .

- الجهد و الحماس في أداء العمل.

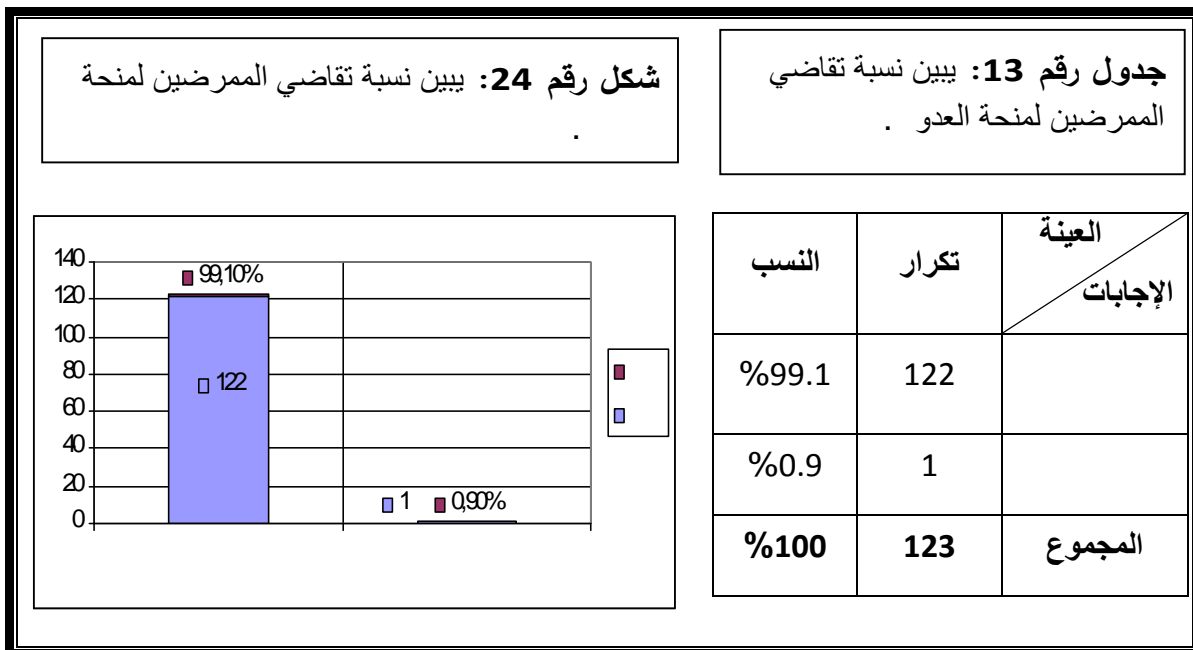
-

-

- هـ - تنظيم العمل و تحديد أولوياته .
- ـ على أدوات و أجهزة العمل .
- ـ الاستجابة للتعليمات و التوجيهات .
- ـ قدرات التطوير الذاتي لأداء العمل .
- ـ الرغبة في تحمل المسؤولية .
- ـ السلوك الوظيفي.
- ـ مهارات الاتصال الشفوي و المكتوب .

س 11-ا

الجدول (13): يبين نسبة تقاضي الممرضين لمنحة العدوى.



المجيبين

يتقاضون هذه
أنها جديدة مهنة التمريض
هذه

تبين المعطيات الإحصائية

99.1% يتقاضون هذه

هذه
أخيرة وهي
عينة أنها تجهل
لديها

لجميع

هي
بها
عرفتها

مرحلتين ليصبح
الذين هم
هذه

للممرضين
يحصلوا عليها
هذه

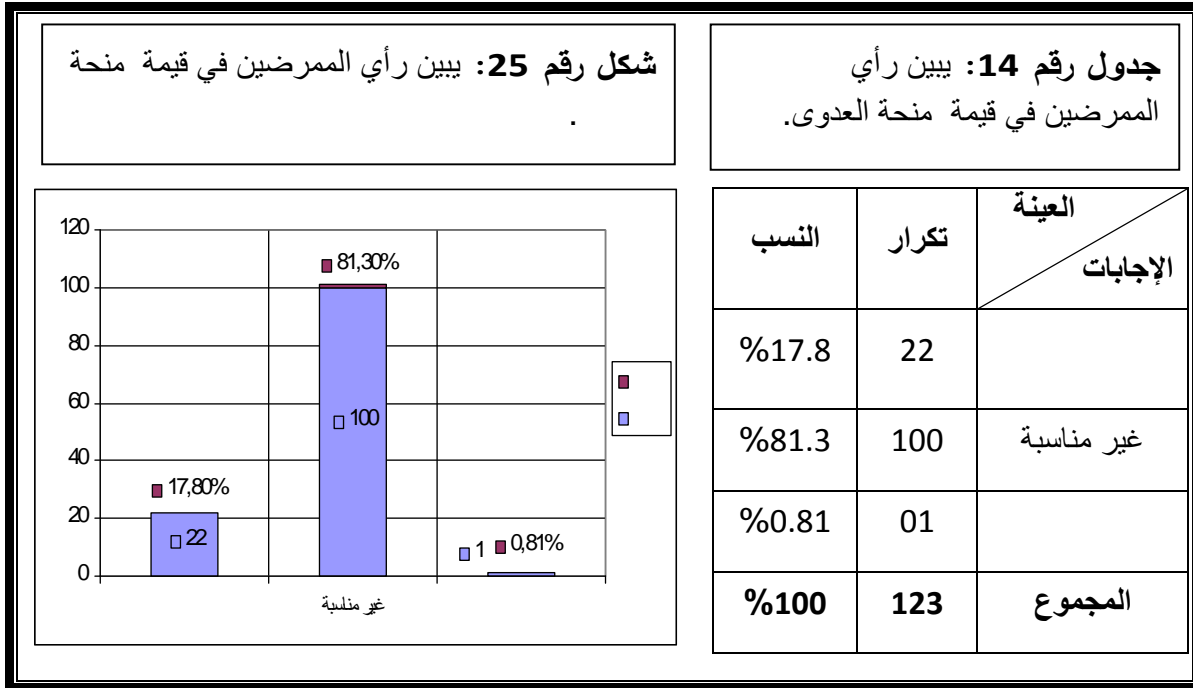
فعين

يتقاضون هذه

هذه
القديم
مهنيو

س-11 ا

الجدول (14): يبين رأي الممرضين في قيمة منحة العدوى.



هذا لمجيبين يقع %81.3
أن قيمة منحة العدوى هي غير مناسبة في مقابل %17.8 يرون أن قيمة هذه المنحة

هذه المنحة هي جديدة عهد بالقطاع الصحي حيث لم يكن يتقاضاها العاملون في القطاع الصحي من أطباء وممرضين، وبعد موجة احتجاجات عرفها القطاع تم منحها بقيمتين: 1500 و 2000 دج وهذا حسب كثافة التعرض للعدوى ولم تستفد فئة منها لكونها لا تتعرض إلى العدوى مثل عمال مصلحة الصيدلية. ممرض المؤسسات الصحية الحوارية. وفي الآونة الأخيرة قامت موجة أخرى من الاحتجاجات على غرار القطاعات الأخرى ومن بين المطالب رفع وتعميم منحة العدوى إلى كل الفئات العاملة بالقطاع الصحي، والتي أثمرت بصدور المرسوم التنفيذي رقم 13 - 194 المؤرخ في 20 2013، حيث صنف المصالح الاستشفائية إلى مستويين حسب نسبة التعرض

المستوى الأول تقدر قيمة المنحة فيه 7200 دج للمرضين والأطباء .

المستوى الثاني تقدر قيمة المنحة فيه 5800 دج للمرضين والأطباء .

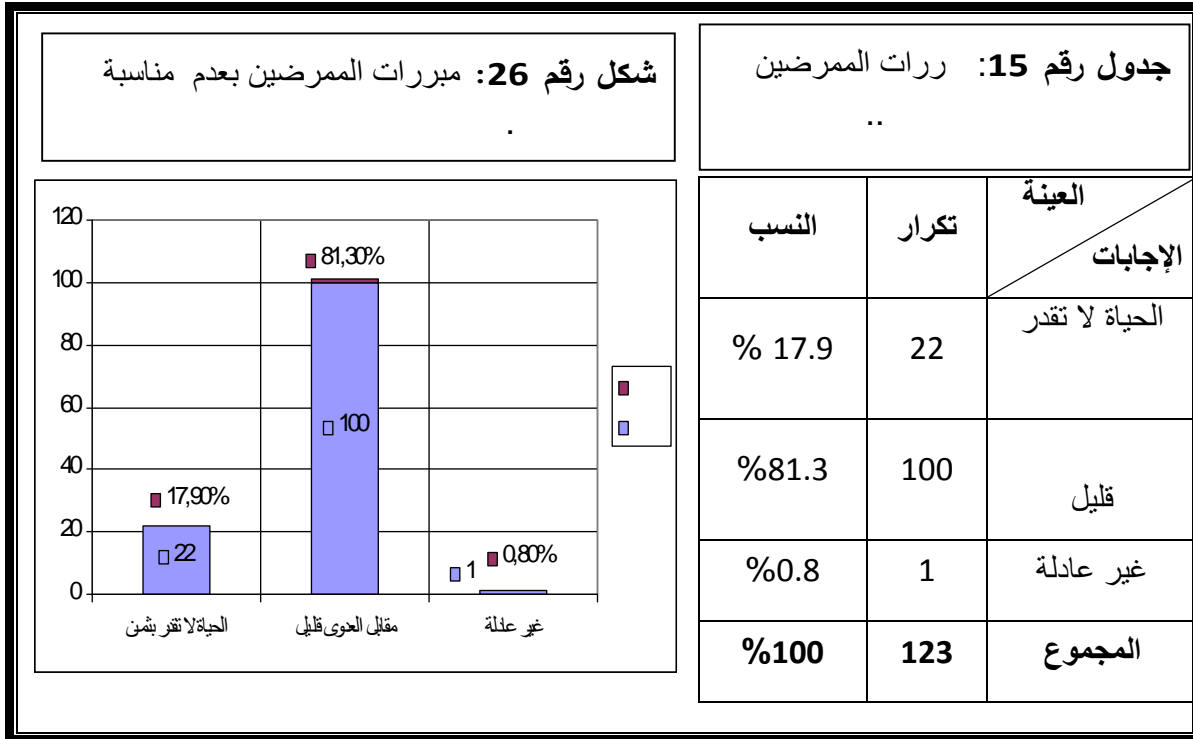
رأينا الممرضين يتقاضون هذه

هذا يتضح جليا أغلبية العينة هم غير راضين قيمة هذه

عينةنا عينةنا ليسوا راضين عينةنا يعنى هذا يعكس
أدائهم ينجر عنه

- س 11-11

الجدول (15): مبررات الممرضين بعدم مناسبة منحة العدوى.



يشير التحليل الإحصائي للبيانات الواردة هذا الجدول أن الاتجاه العام للمجيبين 81.3 % تقدر قيمة المنحة فيه 7200 دج للمرضى والأطباء.

بان هذه المنحة قليل مقابل التعرض للعدوى، والكثير من عينة البحث من أشار الى أن ثمن التحاليل المخبرية أكبر من قيمة هذه المنحة ، و في المقابل ترى نسبة 17.9% ممن أجابوا بأن الحياة الإنسانية ليس لها ثمن ، و يرى 0.8 % منهم أنها غير عادلة . تعتبر عدوى المستشفيات المكتسبة ، حالة تلوثية تحتل الأهمية العظمى ، و تمثل القلق الحقيقي للمنظمات الصحية المحلية و الإقليمية و العالمية ، و مما يزيد أهميتها لاثارة هذا القلق هو ظهور تلك الأمراض الكارثية كمرض العوز المناعي (Aids) التهاب الكبد الفيروسي نوع (B) (c) و التهاب الجهاز التنفسي اللانمطي (SARS) . و تتمثل عدوى المستشفيات المكتسبة ، بتلك العدوى التي يكتسبها المرضى أو الأشخاص الزائرين أو العاملين فيها ، باستثناء مدة رقودهم فيها أو وجودهم بها أو خروجهم منها .

وأكدت الإحصائيات أن معدل حدوث عدوى المستشفيات في الدول المتقدمة يتراوح ما بين 5 إلى 10% من كافة حالات الدخول إلى المستشفيات والمؤسسات الصحية ، و ترتفع هذه النسبة في الدول النامية إلى نحو 10 20% .

و تقول الإحصائيات الصادرة عن مركز مكافحة الأمراض و الوقاية الأمريكي (CDL) بين كل عشرين مريضاً يصاب بعدوى المستشفيات ، نتيجة تلوث معاطف الأطباء ، و أعضاء هيئة المريض ومقدمي الخدمة الصحية .

لا تزال جهود مكافحة العدوى في المنشآت الصحية مشكلة عالمية ، لم تنجح في تخفيف حالتها ، و ليس القضاء عليها ، و الأنظمة الصحية المتطورة في الدول ، ناهيك عن غيرها و ربما يكمن السبب في أن مكافحة العدوى في المستشفيات ليست مكونة من وسيلة واحدة ، بل أنها منظومة من الوسائل التي يجب أن يجري تطبيق جميع عناصرها للوصول إلى خفض ملموس في معدلات انتشار العدوى الميكروبية بين المرضى ، وكذا بين العاملين فيها كمرحلة أولى ، ثم بعد ذلك للوصول إلى منع حصول تلك الأنواع من العدوى المرتبطة بوجود المريض أو العامل الصحي في أي منظمة صحية .

يبين (14) تبريرات كونها غير كافية لتغطية المصاريف الطبية المالية

أحدهم الذين وافتهم المنية

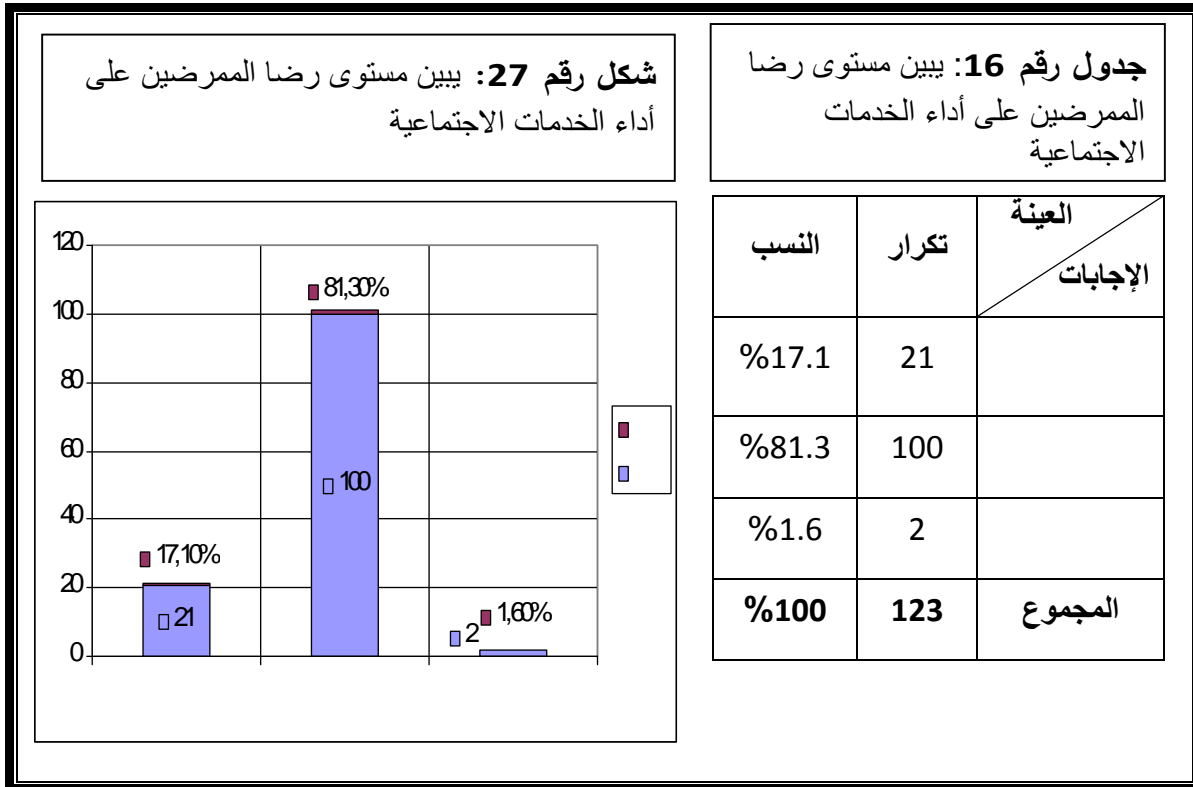
المعدية القيمة

المرضى الذين

العينة القيمة

س-12

الجدول (16): يبين مستوى رضا الممرضين على أداء الخدمات الاجتماعية .



من خلال نتائج الجدول نلاحظ ، أن معظم أفراد العينة غير راضين على أداء لجنة الخدمات الاجتماعية بنسبة 81.3 % 17.1 % راضين عن مستوى أداء لجنة الخدمات الاجتماعية .

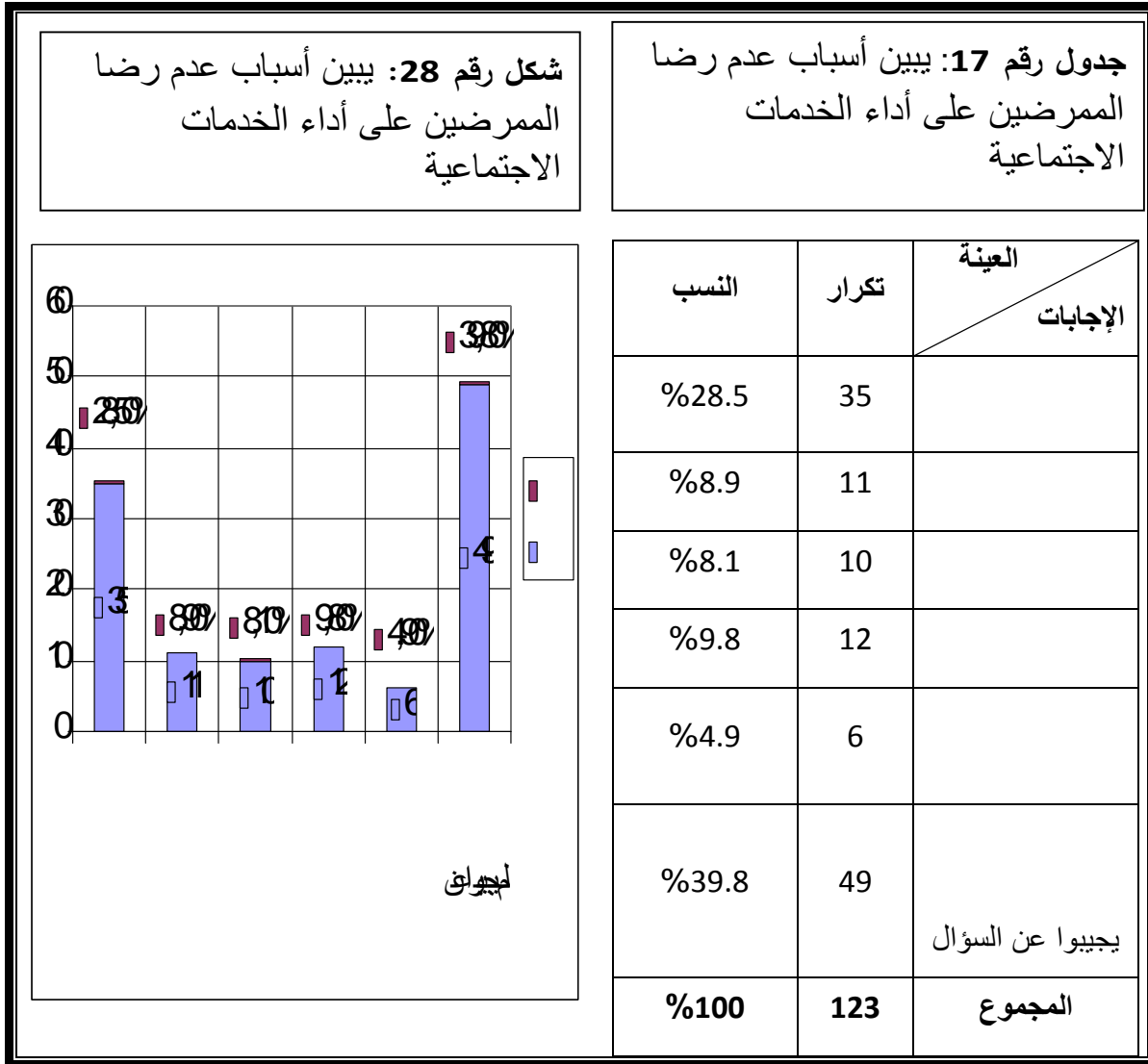
فالخدمات الاجتماعية هي جميع الأعمال و الانجازات التي تساهم في تحسين و تطوير معيشة الموظفين و العمال ماديا و معنويا عن طريق تكملة لأجر العمل تقدم في شكل خدمات في مجال الصحة و السكن وبعض الضروريات المعيشية و الثقافية والتسلية و بصفة عامة جميع التدابير ذات الطابع الاجتماعي التي تستهدف الحياة اليومية للموظف وأسرته لتمكينه من تحسين إنتاجه .

الأغلبية لعينة 81.3 % غير راضية

بين	يعني	الإجتماعية
المرضى	أنها مسيرة	بين المرضى أنفسهم
ظهر		هذا جليا
		الاجتماعية مفادها
هذا يحدث	تسيير	تحقيق
يعنيها		
	أنفسهم .	الإجتماعية مسيرة
بين	الاجتماعية	النتيجة
عنه	المرضى	شأنه
الصحية .	يؤثر	

س-12-ا

الجدول (17): يبين أسباب عدم رضا المرضى على أداء الخدمات الاجتماعية .



من خلال البيانات الإحصائية لهذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام من أفراد عينة البحث قد أجابوا عن هذا السؤال بنسبة 60.2% لم يجيبوا عن هذا السؤال كونهم راضين عن مستوى أداء اللجنة، في حين نرى هذه النسبة كبيرة مقارنة (15) ولذلك فإن بعض أفراد العينة ممن أجابوا بعدم الرضا لم يقوموا بالتعليق عن سبب عدم رضاهم .

28.5% من عينة البحث على أن عدم رضاها على مستوى أداء لجنة الخدمات الاجتماعية يرجع إلى عدم تلبية رغبات العمال، وقد رأى 9.8% المبحوثين أن أعضاء لجنة الخدمات الاجتماعية يقدمون الخدمات لمعارفهم وأصحابهم، 8.9% من المبحوثين أن سبب عدم رضاها يعود إلى هذه اللجنة لا تقوم بأعمالهم، فهم لا يعرفون ما تقدم من خدمات وأنشطة وترى نسبة 8.1% من عينة

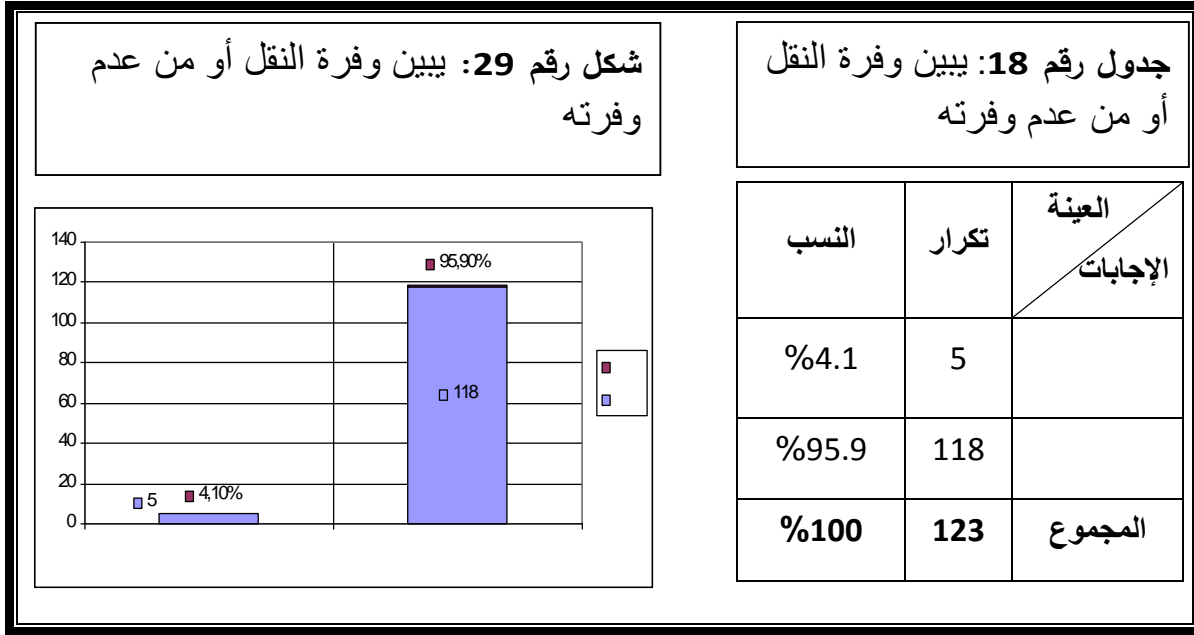
البحث أن خدمات هذه اللجنة لا تقوم على أساس العدل فهناك تـ بين العمال . والملاحظ أن هذه اللجنة محل نقد غالبية أفراد العينة وهذا لكونها لا تعتمد على ما جاء في النصوص القانونية المنظمة لهذه اللجـ توجه أعمال ونشاطات لجنة الخدمات الاجتماعية نحو المجالات التالية :

- المساعدة الاجتماعية.
- الخدمات الصحية.
- دور الأمومة ورياض الأطفال .
- الرياضة الجماهيرية .
- التسلية والأنشطة الثقافية.
- الأنشطة الرامية إلى تنمية السياحة الشعبية .
- تـ
- تـ
- مراكز الاصطياف.

بالتالي تكون أنشطة اللجنة قد غطت جميع الفئات (الرياضي..) الجدير بالذكر أن أعضاء لجنة الخدمات الاجتماعية من الممرضين وهم في نفس الوقت أعضاء لفرع النقابي للشبه طبيين، أي أنهم يقومون بتسيير لجنة الخدمات الاجتماعية والفرع النقابي للمرضيين .

س-13

الجدول (18): يبين وفرة النقل أو من عدم وفرته.



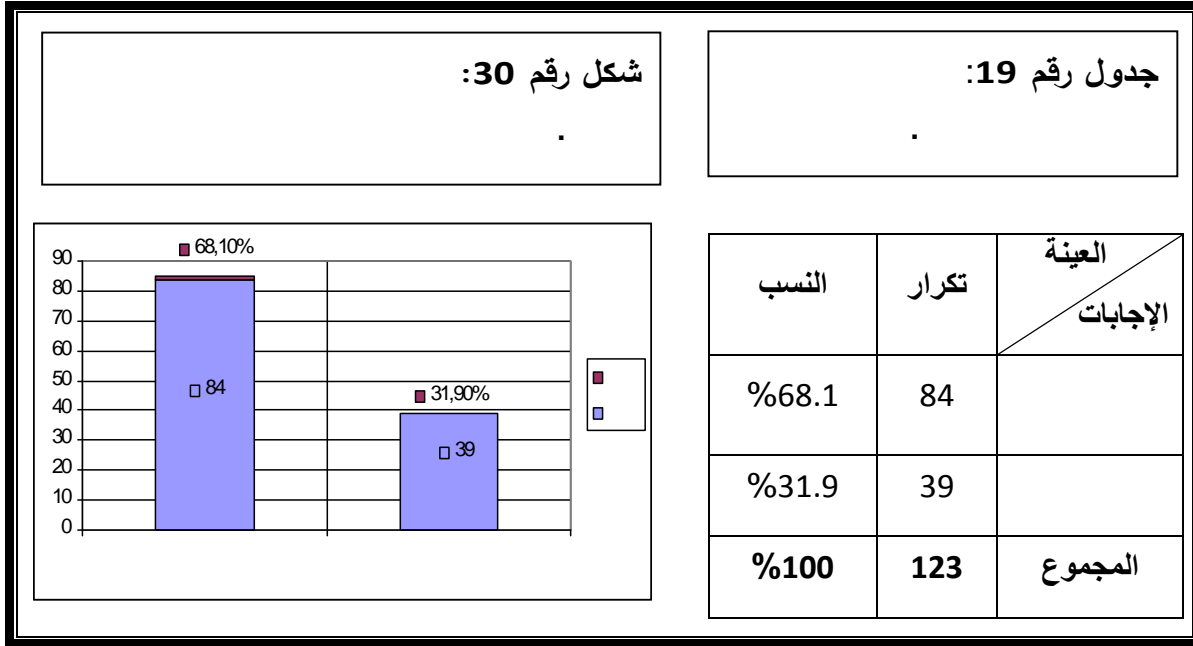
تشير البيانات الإحصائية الواردة في هذا الجدول إلى أن الاتجاه العام للمبحوثين يوجد في الخانة 95.9% ممن أجابوا بعدم توفير المؤسسة وسيلة النقل للمداومين، وفي هذا المقابل ترى 4.1% بان المؤسسة توفر وسيلة نقل، وللاشارة فان المرسوم التنفيذي 11 - 121 20 2011

بالموظفين المنتمين للأسلاك الشبه طبيين للصحة العمومية المادة 5 منه تلزم إدارة المستشفيات بالنقل عندما يكونون ملزمين بعمل ليلي أو مداومة، وهذا ليتسنى مداومين الحضور في الوقت .

يحمل
ينتظروا
المصابين
بداية
المناوبين
يحدث
ميدان
المرضى
يمكن
دقيقة يعني إمكانية
فضياع
يتأهبون
الليلي مرهق
التقصير
يؤدي بحياة مريض
يؤثر
الميدان
جديدة
فيكون المداومين
هذا
تغير المناوبين
للمداومين
توفير
غير
الصحية .

س14

الجدول (19): توفر أو عدم توفر بدلات العمل.



من خلال البيانات المشار إليها في الجدول يتضح أن أغلبية الممرضين المبحوثين أجابوا بأن المؤسسة توفر للممرضين بدلات للعمل بنسبة 68.1% المقابل عبرت نسبة 31.9% من عينة البحث بأن المؤسسة لا توفر البدلات للممرضين. ويلاحظ أن النسبة الأخيرة لم تستفد من الزي الرسمي للممرضين بالرغم من مرسوم التنفيذي المتعلق بالقانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الشبه طبيين يلزم المؤسسة بتوفير الزي الرسمي للممرضين .

ويعتبر الزي المهني لعمال القطاع الصحي إجباري وخاصة الفئات التي تتعامل رض أو الطبيب العمل يلزم بتغيير لباسه وارتداء

المئزر أو الزي الكامل - المئزر والسروال- وهذا وفق المصالح الاستشفائية، وان هدف الرئيسي من وضع اللباس المهني هو الحماية من الأمراض المعدية، وتختلف أشكال الألبسة المهنية للنسق الطبي والشبه طبي حسب العناصر التالية :

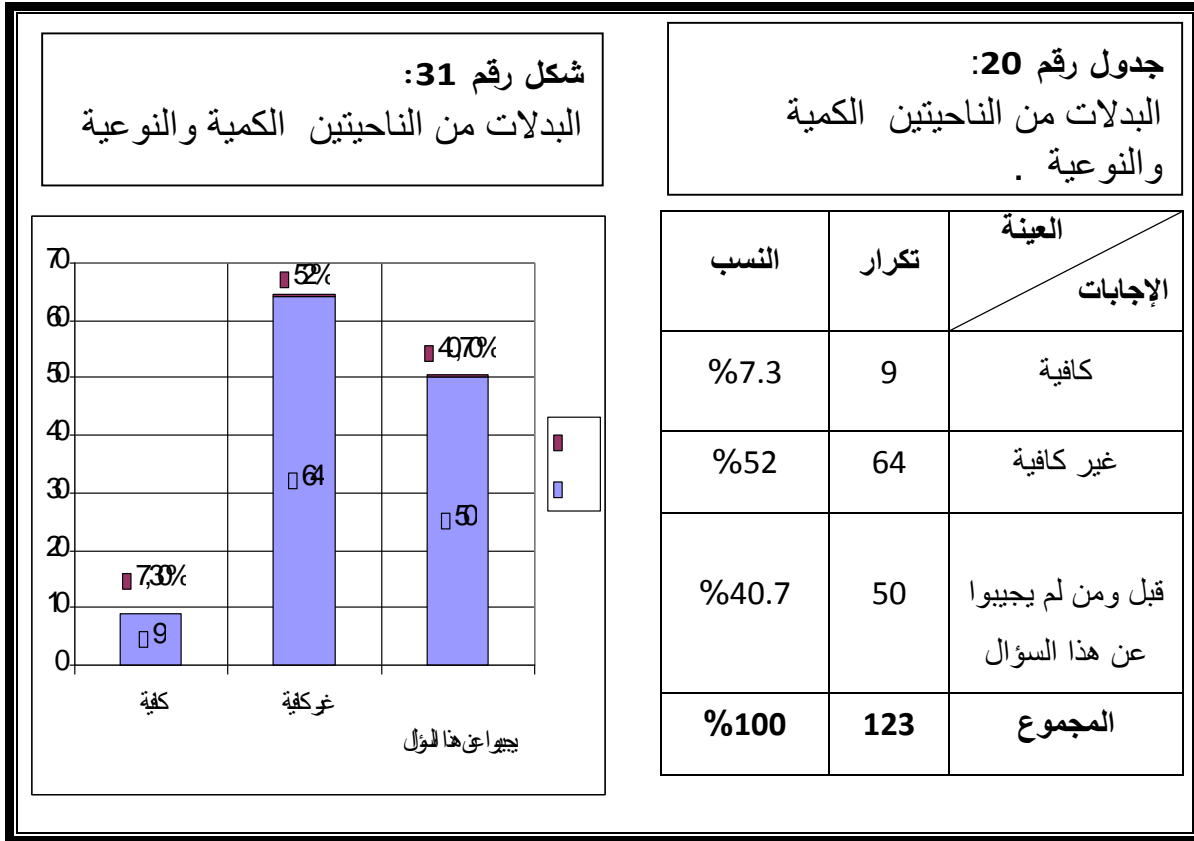
- نوعية المريض .
- ية العمل المنجز .
-

وعموما توجد ثلاثة أنواع من الألبسة المهنية للمهنيين الصحيين .

- مئزر أبيض .
- زي كامل اخضر أو ازرق للاماكن الخطيرة أو الأماكن المعقمة كغرفة العمليات .
- (للمصالح التقنية) .

س14-ا

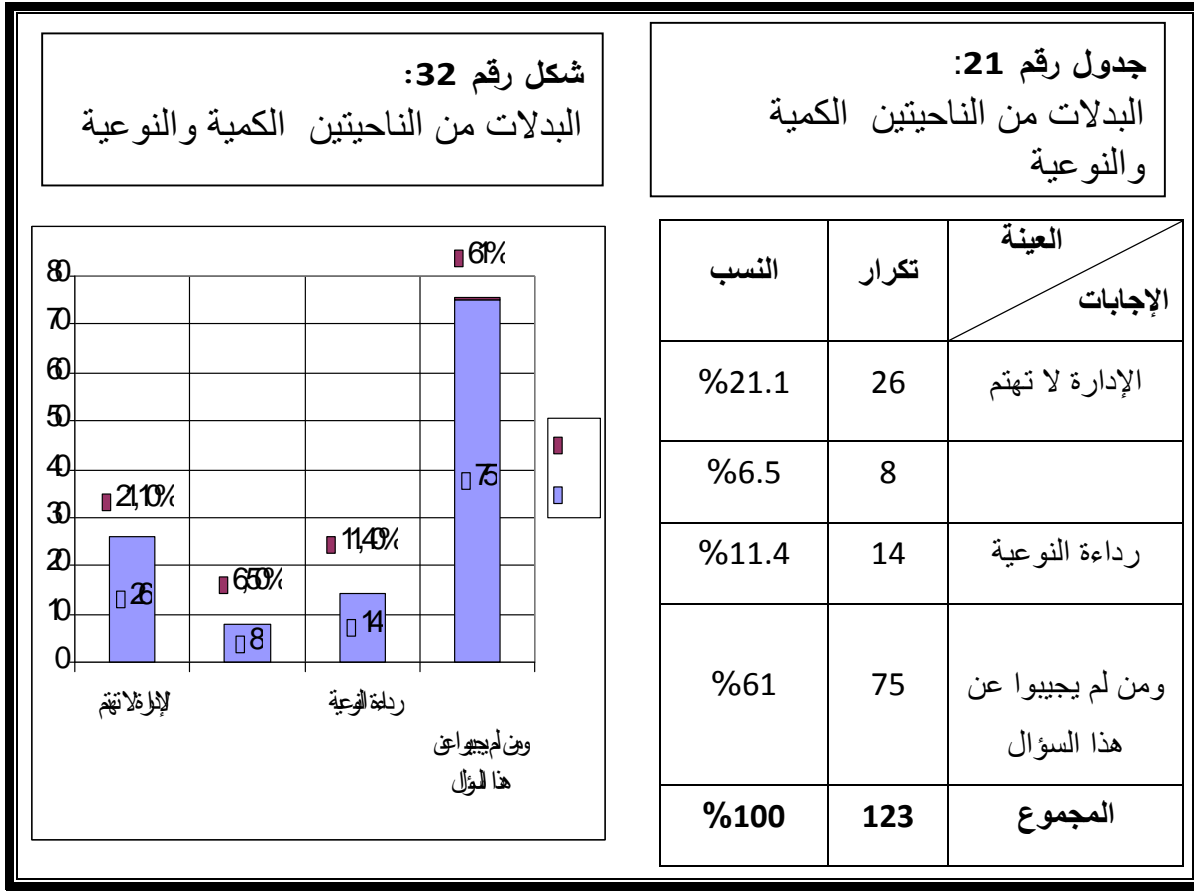
الجدول (20): يبين الإجابة عن وفرة البدلات من الناحيتين الكمية والنوعية .



من خلال النتائج الإحصائية للجدول أعلاه يتضح أن الاتجاه العام من المبحوثين قد أجابوا عن السؤال في ' يخص مدى وفرة البدلات كميا ونوعيا بنسبة 59.3% نسبة منهم 52% بأن البدلات التي تمنحها المؤسسة غير كافية، وفي المقابل لم يجب 42.7% كونهم قد أجابوا في السؤال السابق المتضمن أن المؤسسة توفر البدلات، وعبر في الأخير 7.3% من المبحوثين بأن البدلات الممنوحة كافية .

س 14-ب

الجدول (21): يبين الإجابة عن وفرة البدلات من الناحيتين الكمية والنوعية



تشير البيانات الإحصائية في هذا الجدول بان الاتجاه العام للمبحوثين موجود في 61% ممن أجابوا في السؤال السابق بان المؤسسة توفر البدلات، وفي المقابل 39% من عينة البحث.

إ ترى 21% من أفراد البحث بان الأسباب تعود إلى عدم اهتمام الإدارة بتوفيرها، وترى نسبة 11.4% بان البدلات التي توفرها المستشفى هي من النوع الرديء، وأخيرا ترى نسبة 6.5% من أفراد عينة البحث بأنه للحصول على بذلة عمل للممرض يتطلب ذلك سنو ..
وقد أشرنا في تعليقنا على الجدول السابق بان مسؤولية توفير الملابس وتنظيفها يكون على عاتق المستشفى¹.

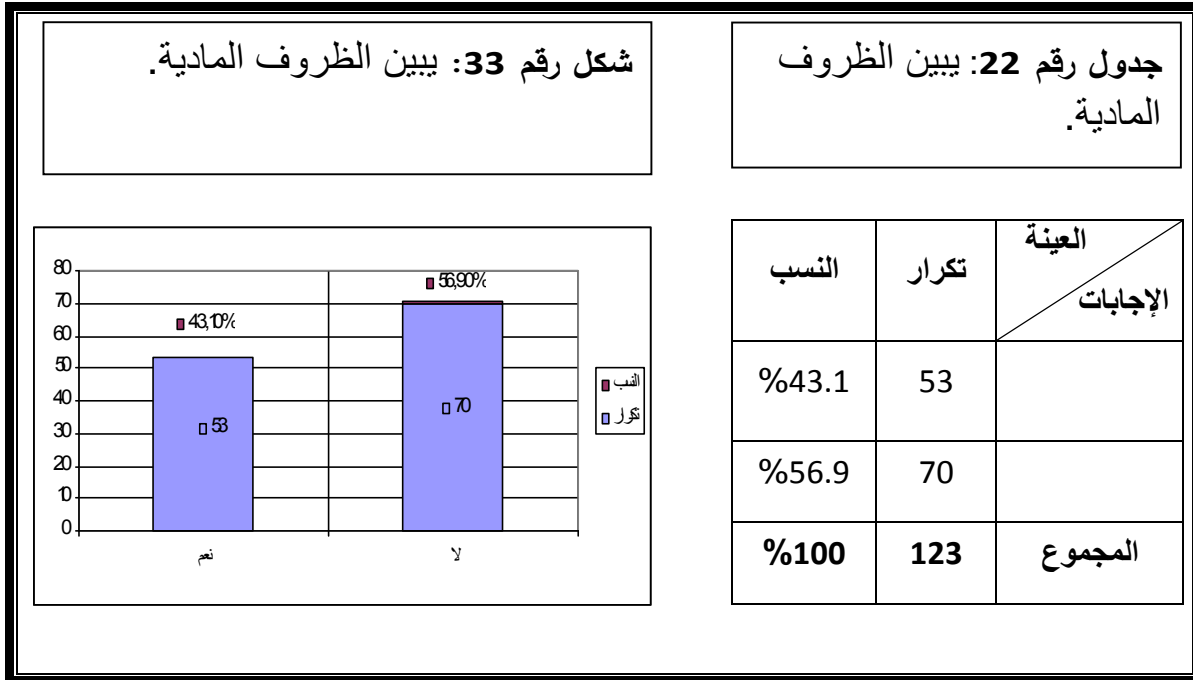
وتقوم المستشفى بتخصيص نفقات لأجل اقتناء الملابس وتتكفل بتنظيمها، كما تلجا بعض المستشفيات إلى شراء الملابس المصنوعة من الورق والتي تستعمل لمرة ط ويتم إتلافها مباشرة بعد الاستعمال على النحو الذي يوفر للمستشفى جهود

¹ Centre de coordination de la lutte contre les infection – nosocomiales ccli", Les tenus professionnelles dans les établissements de santé ", lyon , PARIS ,2008

التنظيف على الرغم من أن تكلفتها قد تكون أعلى بالمقارنة مع البدائل الثلاثة، وتجدر الإشارة هناك إلى أنه سواء تم الشراء أو الاستئجار فإنه لا يتم على نحو عشوائي بل عاير هي : عمليات الفحص باليد والسبك وكثافة النسيج وثبات اللون وتغيير الحجم عند الغسل ونفاذ الهواء .

س-15

الجدول (22): يبين الظروف المادية.



من خلال البيانات الإحصائية المشار إليها في الجدول يتضح أن أغلبية الممرضين المبحوثين في الخانة 56.9% الذين يرون أن الظروف المادية من تهوية وتدفئة وإضاءة غير ملائمة للعمل، وفي المقابل 43.1% من أفراد العينة ترى أن الظروف المادية متوفرة .

فأغلبية العينة المادية 57% هذا شأنه يؤثر في مستوى العاملين يمكن للممرض يقوم بعمله غياب التدفئة فالتدئة هذه المنطقة بارد إلى درجة تحتمل - يلاحظ عند غرف الكهرباء - فغيابها يؤثر لما رأينا ذلك الفصل النظري الجدير بالذكر الظروف المادية البيئة الإستشفائية هما جودة الصحة، فغيابها يؤثر على مستوى يمكن يتعافى المريض غياب المادية الجيدة المستشفيات مملوءة رائحة الموت فكلما غابت التهوية الأمور أصبحت البيئة الإستشفائية ملوثة بالجراثيم ميدان

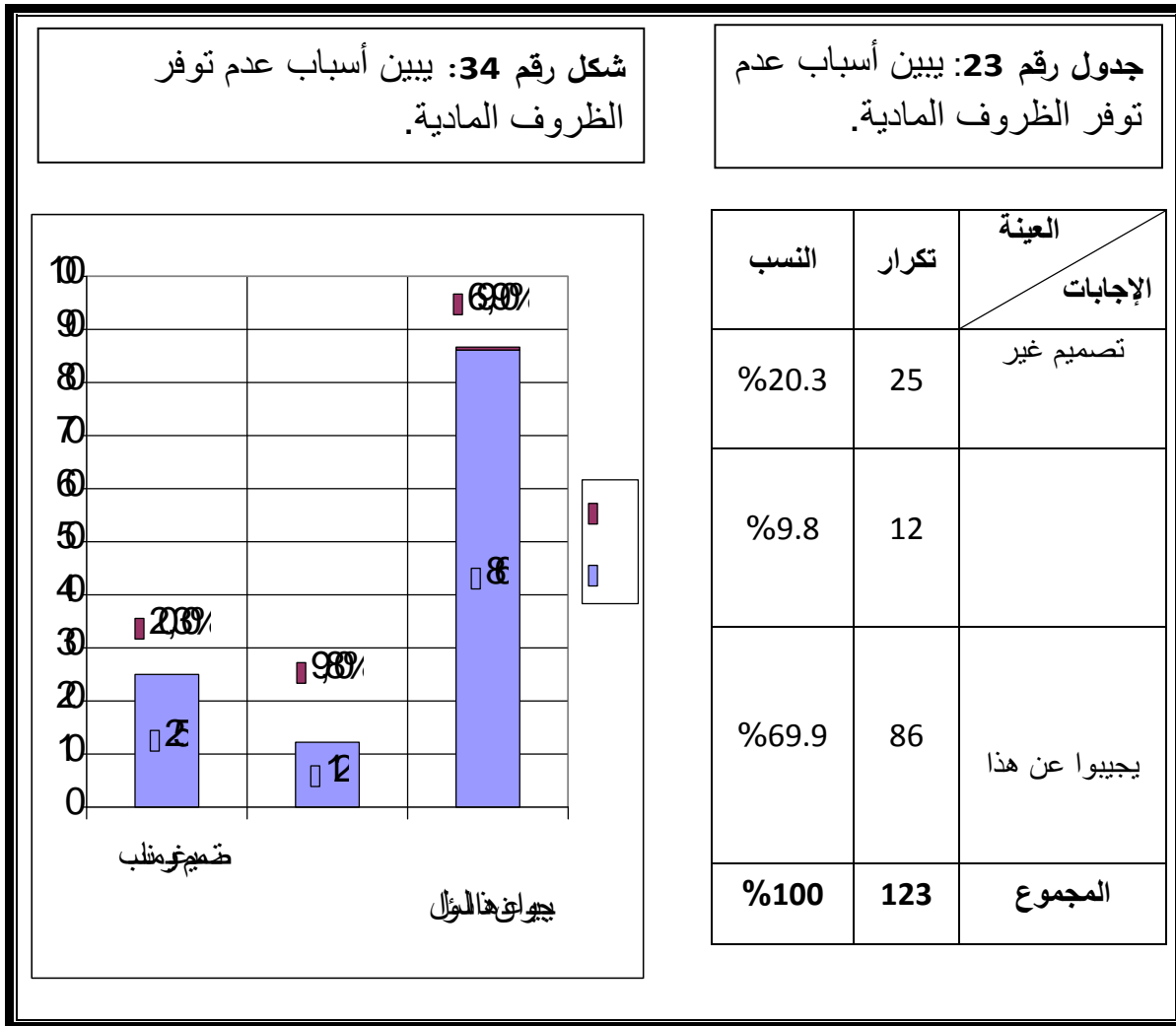
لخدماته

يؤثر
الصحية .

المادية غير

س15-ا

الجدول (23): يبين أسباب عدم توفر الظروف المادية.



تشير بيانات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للمبحوثين هو في الخانة 69.9% من الذين لم يجيبوا عن هذا السؤال كون بعضهم قد أجاب بأن الظروف ملائمة والبعض الآخر لم يعلق عن أسباب عدم الملائمة واكتفى بالإجابة بأن الظروف غير ملائمة، وفي 30.1% من أفراد العينة قد أجابت على أسباب عدم

20.3% ترى أن الأسباب تعود إلى أخطاء في تصميم البناء ورأت 9.8%

عينة البحث أن ظروف العمل غير متوفرة منها غياب غرفة لمدامومة الممرضين . وهذا ما يتم ملاحظته في مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية فمن المظهر الخارجي تتبهر من الشكل الهندسي لها وعند الولوج إليها تدهشك الفوضى العارمة من المرضى وضيق الغرف وقلة الإضاءة والتهوية، بالرغم من أن هذا الـ رح قد شيد

حديثاً، والأمر نفسه يلاحظ في مصلحة أمراض الصدر والسل فهذه المصلحة قديمة يرجع بناؤها إلى العهد الاستعماري ولم تجدد إلى يومنا هذا .
إن معظم المستشفيات في الدول النامية ومنها الجزائر، ليست مصممة على أسس علمية واضحة، اللهم تلك التي يتم بناءها من طرف الشركات الأجنبية والتي كانت تحمل معايير الجودة وما يوافق المعايير الصحية، في حين البناءات التي أنجزتها الشركات الجزائرية أو المقاولين الجزائريين وبالأخص تلك التي كانت متابعتها من طرف مكاتب الدراسات الخاصة، لم تلتزم فيها بالمعايير العلمية، حيث التسهيلات الطبيعية غير كافية، الأقسام والردهات مزدحمة لأنه توجد صعوبة في عزل المرضى المصابين بالعدوى عن الحالات النظيفة، وبخاصة الموجودة في ردهات الجراحة والعمليات النسائية، وقد يوجه اللوم لإدارة المستشفى على هذا القصور، لأن الأمر يعد مرفوضاً ومعيباً اجتماعياً، ونحن في أعقاب القرن 21 م علاوة على ذلك، انه في حالة عدم الإيفاء بمتطلبات تكييف الهواء والتهوية الملائمة ستزداد الخطورة في انتقال يساعد وبلا أدنى شك في زيادة مخاطر

التصميم العام للمستشفى هو الحصول على مستشفى ذات تصميمات جيدة للسيطرة على العدوى، في إطار مراعاة القواعد والسياسات الآتية 2 :

1 - ينبغي أن يفرز التصميم المناسب العزل الوظيفي للعيادة الخارجية، الوحدات خلية لرقود المرضى ، الخدمات التشخيصية والخدمات السائدة، بما يعزز من تجنب

2 - فصل أو عزل أو فرز المناطق الخطرة، مثل صالات العمليات، العناية المركزة عن باقي الأقسام والممرات العامة، وتحاشي حركة الهواء من مناطق مهمة مثل المختبرات وردهات الأمراض المعدية إلى المناطق الآمنة السليمة .

3 - يفترض إدراك تقسيم المناطق بشكل صحيح عند تصميم المستشفى إضافة إلى مراعاة جودة معايير التهوية في أقسام الطوارئ فيها .

4 - عدم تجاوز المدخل النظيف والمدخل غير النظيف في تصميم المستشفى، وبحيث تكون هناك حركة مرور نظيفة وغير نظيفة، وبشكل معزول تماماً .

5 - يجب أن تكون ردهات العزل للأمراض المعدية خارج نطاق حركة السير الروتينية في المستشفى .

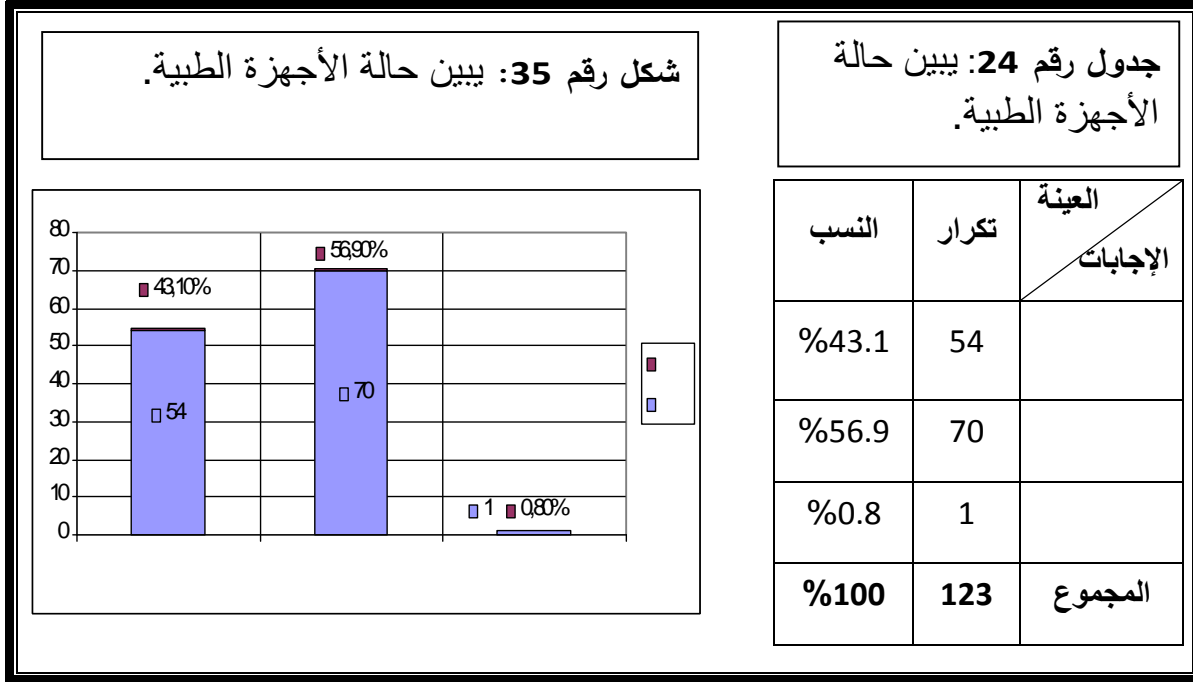
6 - توفير العدد لكافي ومن النوع الجيد لمعدات وأوعية غسل اليدين وبحيث ينبغي تجهيزها بمناطق العناية بالمريض وأماكن الممرضين، مع تعليق لوحات توجه العاملين على النظافة العامة للملابس والجسم والأيدي والوجه خصوصاً .

7 - وضع ترتيبات لازمة لعزل النفايات الطبية، ورفع المخلفات المعدية والخطرة والسامة من الأقسام والردهات بالعربات النظامية ومن خلال سلال ومساعد خاصة

8 – التركيز على غلق التهوية ومداخل الغرف قبل الدخول إلى مناطق العناية المركزة

س16

الجدول (24): يبين حالة الأجهزة الطبية.



تشير النتائج الإحصائية المحصل عليها في الجدول أعلاه بان الاتجاه العام للمجيبين يوجد في الخانة 56.9% والذين عبروا عن عدم صلاحية الأجهزة الطبية للعمل في مقابل 43.1% من المبحوثين رأيت أن الأجهزة الطبية صالحة للعمل، ويعود هذا الاضطراب في الإجابة كما سبق وان اشرنا إلى ذلك في تعليقنا عن الجد ، وبالتالي نجد الاختلاف في الإجابات فهناك أقسام بالمستشفى تعاني من عدم صلاحية الأجهزة الطبية .

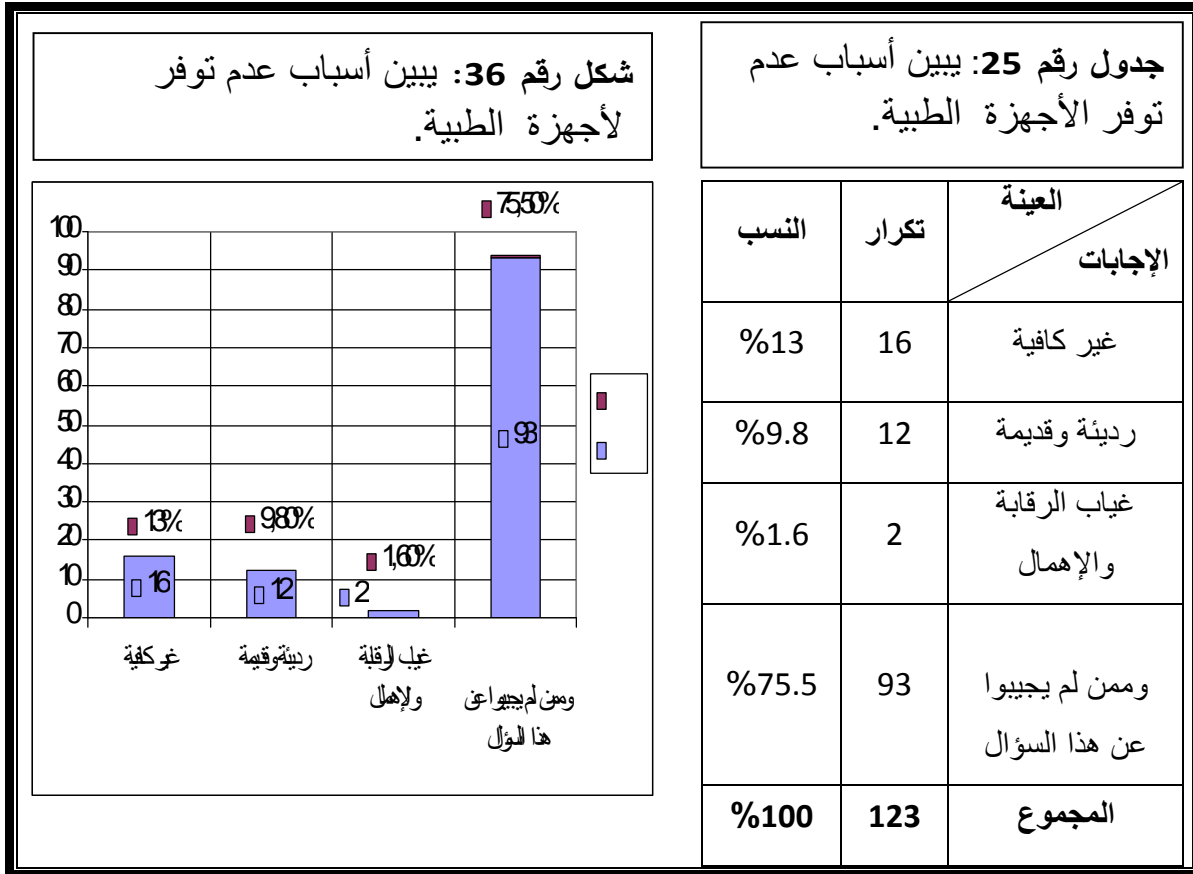
ولتقديم خدمة صحية ترقى إلى المستوى المطلوب لا بد من توفر الأجهزة الطبية، فقد ارتبطت فعالية تحقيق النجاح في المجال الطبي بقطاع الأجهزة والمعدات والمستلزمات الذي شهد تطورا مذهلا وسريعا ، لعل كان أهمها المشاركة مع الطبيب لا بل القيام عنه بالأعمال الجراحية، وتعرف المعدات والأجهزة والمستلزمات الطبية كالتالي " تستخدم لأغراض طبية وليست بدواء ولا منتج بيولوجي فهي جهاز " . فهي إذن تمتد من أبسط مقاييس درجات الحرارة إلى معدات التصوير التشخيصي

وتهدف الأجهزة الطبية في المساعدة على التشخيص والوقاية، الرصد العلاج أو التخفيف من حدة المرض أو التعويض عن إصابة أو إعاقة أو تعديل التركيبة البنيوية أو عملية فيزيولوجية .

فالأجهزة الطبية هي أحد ركائز الخدمة الصحية غيابها قللتها يؤثر على جودة الخدمة الصحية جهة على عمل الطاقم المقدم للخدمة الصحية جهة

س16-ا

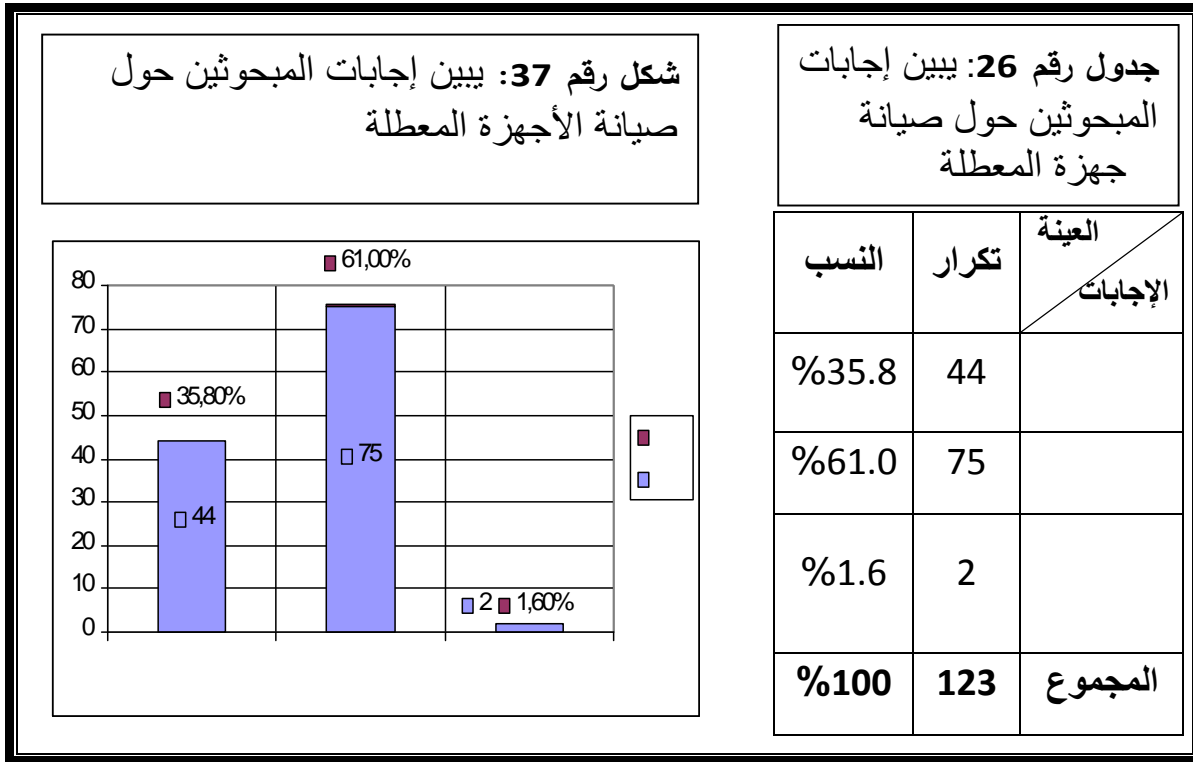
الجدول (25): يبين أسباب عدم توفر الأجهزة الطبية.



يلاحظ في البيانات الواردة في الجدول أعلاه بان الاتجاه العام للمبحوثين 75.5 من المبحوثين لو يجيبوا عن السؤال كونهم أجابوا في السؤال المتعلق بصلاحيات الأجهزة الطبية، وبالرغم من ذلك تبقى فئة من أجابوا بعدم الصلاحية لم تعلق عن أسباب عدم صلاحية الأجهزة الطبية، وفي المقابل نجد أن 24.4% من المبحوثين علقت عن الأسباب، ف 13% من أفراد العينة بان الأجهزة غير كافية ، عدها قليل مقابل كثرة الاحتياج إليها، ورأت نسبة 9.8% من المبحوثين أن الأجهزة والعتاد الطبي قديم ولم يعد صالحا للعمل، وفي الأخير ترى ما نسبة 1.6% من عينة البحث أن الأسباب الحقيقية لعدم صلاحية ووفرة العتاد الطبي هو غياب ية، إضافة إلى الإهمال .

س-17

الجدول (26): يبين إجابات المبحوثين حول صيانة الأجهزة المعطلة.



تشير البيانات الإحصائية المتحصل عليها في الجدول أعلاه إلى أن الاتجاه العام للمبحوثين هو في الخانة 61.0% ممن يرون أنه لا تتم صيانة الأجهزة الطبية في المقابل ترى ما نسبته 35.8% بأن المستشفى تقوم بصيانة الأجهزة المعطلة وأخيرا 1.6% .

وللإشارة فإن مديرية المستشفى تضم مديرية فرعية لصيانة العتاد الطبي ويمكن تقسيم الصيانة إلى الصيانة الداخلية و الصيانة الخارجية .

* 1 - الصيانة الداخلية : وهي التي تتم داخل المستشفى عن طريق الفنيين والمهندسين والمتخصصين (التابعين للمديرية الفرعية لصيانة العتاد الطبي) طريق فنيين ومهندسين من الشركات الموردة للتجهيزات والآلات والمعدات، وقد تقوم المستشفى باستئجار أو بالتعاقد مع بعض الشركات أو الأفراد المتخصصون في الصيانة، وذلك لتتم الصيانة داخل المستشفى .

* 2 - الصيانة الخارجية : وهي التي تتم خارج المستشفى عندما تقوم المنظمة مثلا

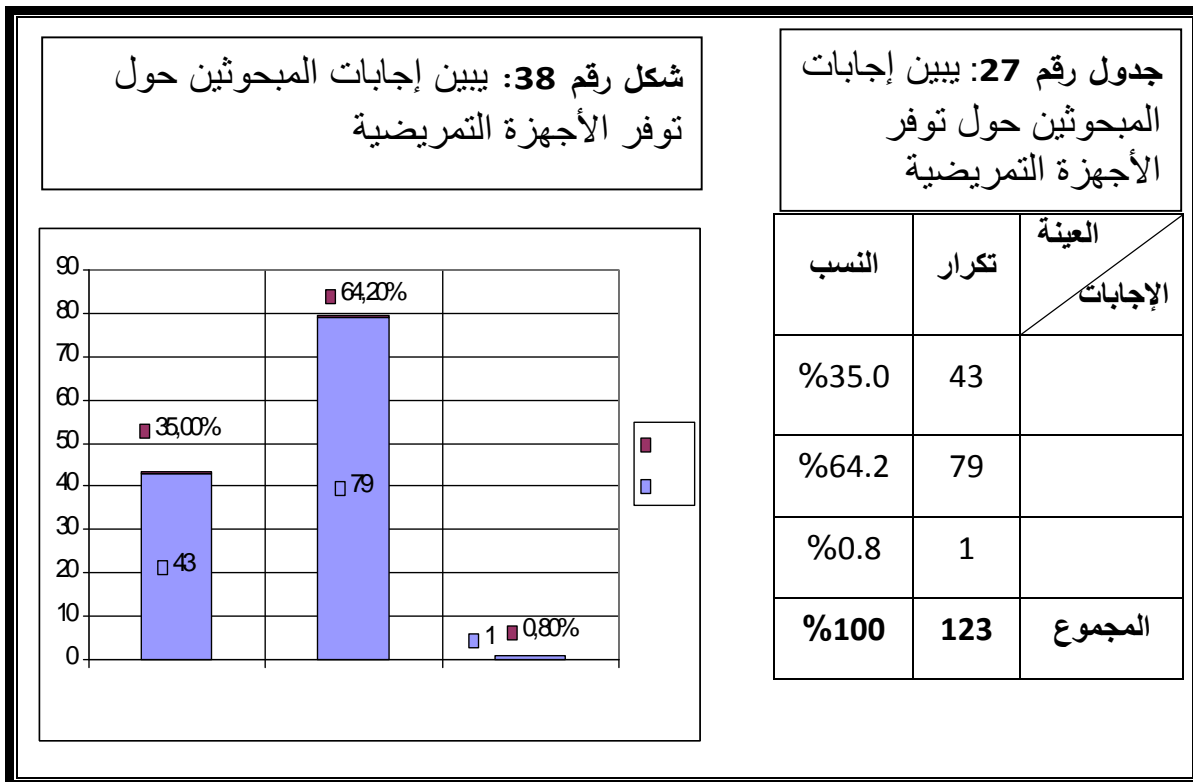
كما انه يوجد نوعين من الصيانة :

1 - الصيانة الوقائية : وهي تلك الصيانة التي تتم دوريا طبقا لجدول زمني متفق عليه، وذلك بهدف التأكد من سلامة الآلة ومكوناتها وقطع غيارها، وإدراك أي عيوب بها، وذلك لضمان تدفق استمرار العمل فنيا وتشغيليا وإنتاجيا .

- ويعتبر هذا النوع من الصيانة أفضل الصيانة العلاجية وذلك :
- لأنها تمنع وقوع الخطأ قبل وقوعه .
 - لأنها تمنع تراكم الأخطاء وبالتالي تصحيحها أولاً بأول .
 - لأنها منظمة ومخططة فلا تسبب مشكلات إدارية أو إنتاجية أو مالية للمنظمة .
- 2 - الصيانة العلاجية : وهي الصيانة التي تتم حسب الحاجة، مما من شك أن بعض الأعطال قد تحدث مفاجئة نتيجة لخطأ في التشغيل أو الاستخدام أو سبب الكهرباء أو المياه أو حدوث حريق أو أي عطل مفاجئ، ولذلك يتدخل نظام الصيانة لإصلاح هذه .

س-18

الجدول (27): يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأجهزة التمريضية.



يلاحظ في البيانات الواردة في الجدول أعلاه بان الاتجاه العام للمبحوثين موجود 99.2% من المجيبين عن السؤال من بينهم ما نسبته 64.2% وفرة الأجهزة الطبية التمريضية، وفي المقابل 35.0% ترى أن الأجهزة التمريضية متوفرة، ولم تعبر من عينة البحث 0.8% عن رأيها في التجهيزات و المعدات التمريضية .

وتعتبر نسبة 64.2% نسبة عالية رأت بأن الأجهزة الطبية التمريضية غير متوفرة، وكما اشرنا سابقا فان الاختلاف قد يرجع إلى اختلاف المصالح، فهناك مصالح تحتاج إلى الأدوات والمستلزمات التمريضية في حين بعض المصالح لا تعتمد عليها

بشكل رئيسي، ويعتبر جهاز التعقيم من الأجهزة الضرورية استعمالاً وفائدة إن لم نقل أنه هو الأساس في الوحدة الصحية أو المصلحة الاستشفائية للعمل التمريضي أو الطبي أو الجراحي، إذ يساعد في ضمان العلاج دون نقل العدوى، فغيابه يعني أن المصلحة أو الوحدة الصحية تعمل على نقل العدوى بين المرضى، وهو جهاز يقوم بتعقيم الأدوات والمستلزمات الجراحية والطبية، ومنذ فترة وجيزة كان يستعمل التعقيم التقليدي لأجهزة طبية، ونظراً لأهميته قامت الوزارة الوصية بإيفاد لجان تحقيق إلى المؤسسات الصحية العامة والخاصة قصد توقيف العمل بهذه الأجهزة (التقليدية).

- التعليمات الوزارية رقم : 009/ المؤرخة في أبريل 2012 القاضية بتطبيق تقنية الحرارة البخارية في تعقيم المعدات الطبية .

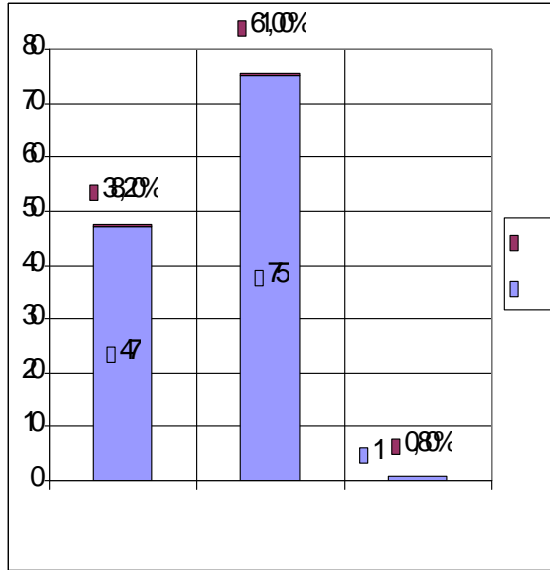
- التعليمات الوزارية رقم : 02 المؤرخة 05 ديسمبر 2013 تتعلق بتدعيم مكافحة العدوى باستعمال التعقيم بالبخار المضغوط (auto clave) .

فغياب الأجهزة واللوازم التمريضية يعني استئصال تنقل الأمراض بين المرضى، وعوض أن يخرج المريض سليم معافى يخرج بأمراض جديدة وخطيرة يستعصى التعافي منها .

س-19

الجدول (28): يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأدوية.

شكل رقم 39: يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأدوية



جدول رقم 28: يبين إجابات المبحوثين حول توفر الأدوية

النسب	تكرار	العينة الإجابات
38.2%	47	
61.0%	75	
0.8%	1	
100%	123	المجموع

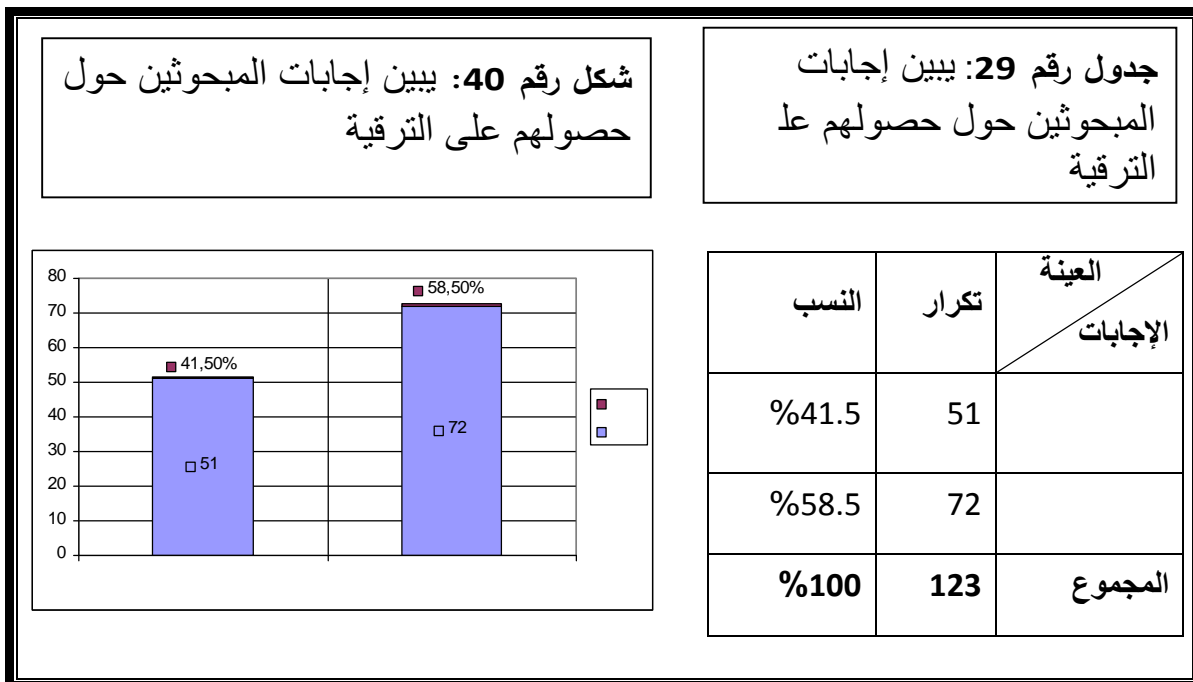
تشير النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه أن أغلبية المبحوثين قد أجابوا عن السؤال بنسبة 99.2% من بينها 61.0% أجابوا بعدم توفر الأدوية في مقابل 38.2% من عينة البحث أجابت بوفرة الأدوية، ثم تأتي نسبة 0.8% لم تجب عن السؤال، ويعود السبب إلى هذا الاختلاف كما أسلفنا إلى أن عينة البحث تتوزع على المصالح الاستشفائية ومن بين هذه المصالح لا يتوفر فيها الدواء فهناك مصالح تتطلب نوع معين من الأدوية يكون مفقود وطنياً، كما أن هناك مصالح تتطلب كميات كبيرة من الأدوية نظراً لكثافة تردد المرضى عليها كمصلحة الاستعجالات، تعجز مصلحة الصيدلية على تلبية حاجيات كل المصالح، ويعتبر الدواء أحد أهم المشاكل التي يعاني منها القطاع، فمثلاً هناك أدوية حيوية وجودها أساسي وضروري في السير الحسن للمصالح وخاصة مصلحة الاستعجالات، وأحياناً تعجز الصيدلية المركزية بتوفير مثل هذه الأدوية، فتقوم بتوزيعه بكميات قليلة في المستشفيات والعيادات مما يجبر المسيرين بالصيدليات على مستوى المستشفيات بتوزيع هذه الأدوية بكميات قليلة، فيحدث ذلك هلعاً للمرضى والأطباء والمرضى ويتزايد الطلب عليها، ويصبح مصدر الشكاوي، ويتوهم البعض أن هذا الدواء يعطى بالمعارف والمحابة

فوفرة الدواء تعتبر احد الوسائل التي تساعد الممرض والطبيب على الحسن فغيابه يعني أن المريض لا يتعافى ويبقى يتألم، ويشكل ذلك للطبيب والممرض هاجسا خوفا شديدا يؤرق كاهل النسق الطبي فكميات قليلة من الأدوية تؤدي إلى

ثالثا : تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثانية
عنوية

س20

الجدول (29): يبين إجابات المبحوثين حول حصولهم على الترقية.



تشير المعطيات الإحصائية عليها 29 للمجيبين هو الترقية والجدير 52.8% هم الفئة 30 جلها تصل عينة 41.5% إدارية ينتظرها مالية أهم وظيفة الترقية

المقابل 41.5% أفراد لعينة أجابوا بأنهم مهنة التمريض حيث أقدمية (0-5) يتوافق أقدمية التي تسمح لها بالترقية. الترقية. باهتمام كبير فهي سلطتهم الأدبية الإشرافية وظيفة وظيفة

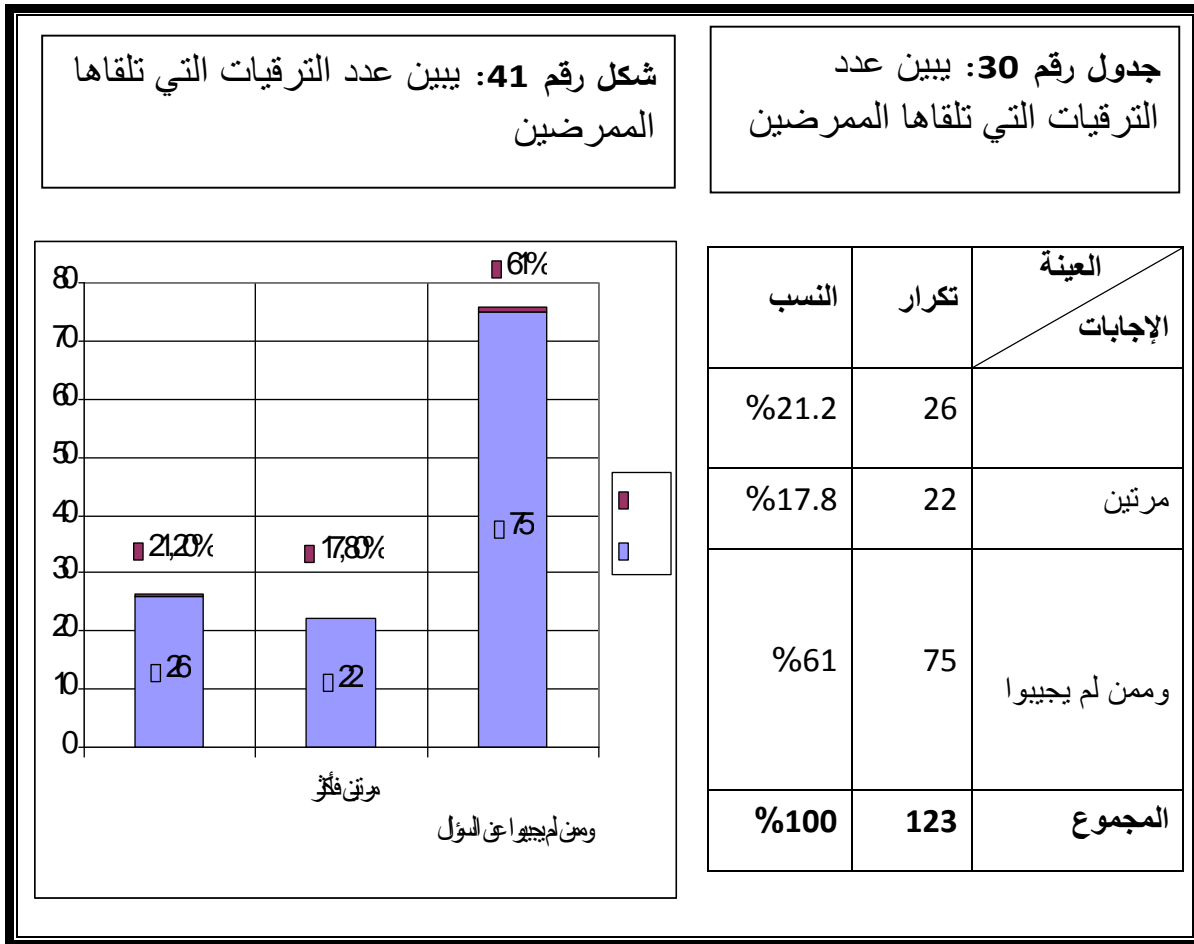
إستفادتهم الترقية مهنة التمريض حيث أقدمية (0-5) يتوافق أقدمية التي تسمح لها بالترقية. الترقية. باهتمام كبير فهي سلطتهم الأدبية الإشرافية وظيفة وظيفة

إلى التقييم الذي يهدف إلى تقدير مؤهلاته المهنية وفق منهجين الترقية

الترقية :
معينة يترقى
مريضين
العمومية
رتبته الأصلية

مؤهل هي طريقها
شهادة
العمومية
العمومية (وهي
يتم بها)
وفي هذا الصدد نشير إلى
مهنة التمريض تمتاز بالجمود المهني
يبقى يمكن له
يكون طبيباً.

س120
الجدول (30): يبين عدد الترقيات التي تلقاها الممرضين.



تشير البيانات عليها
العينة هو %61 يجيبوا
نهم يتحصلوا ترقية،
كونهم %39
عنه عينة

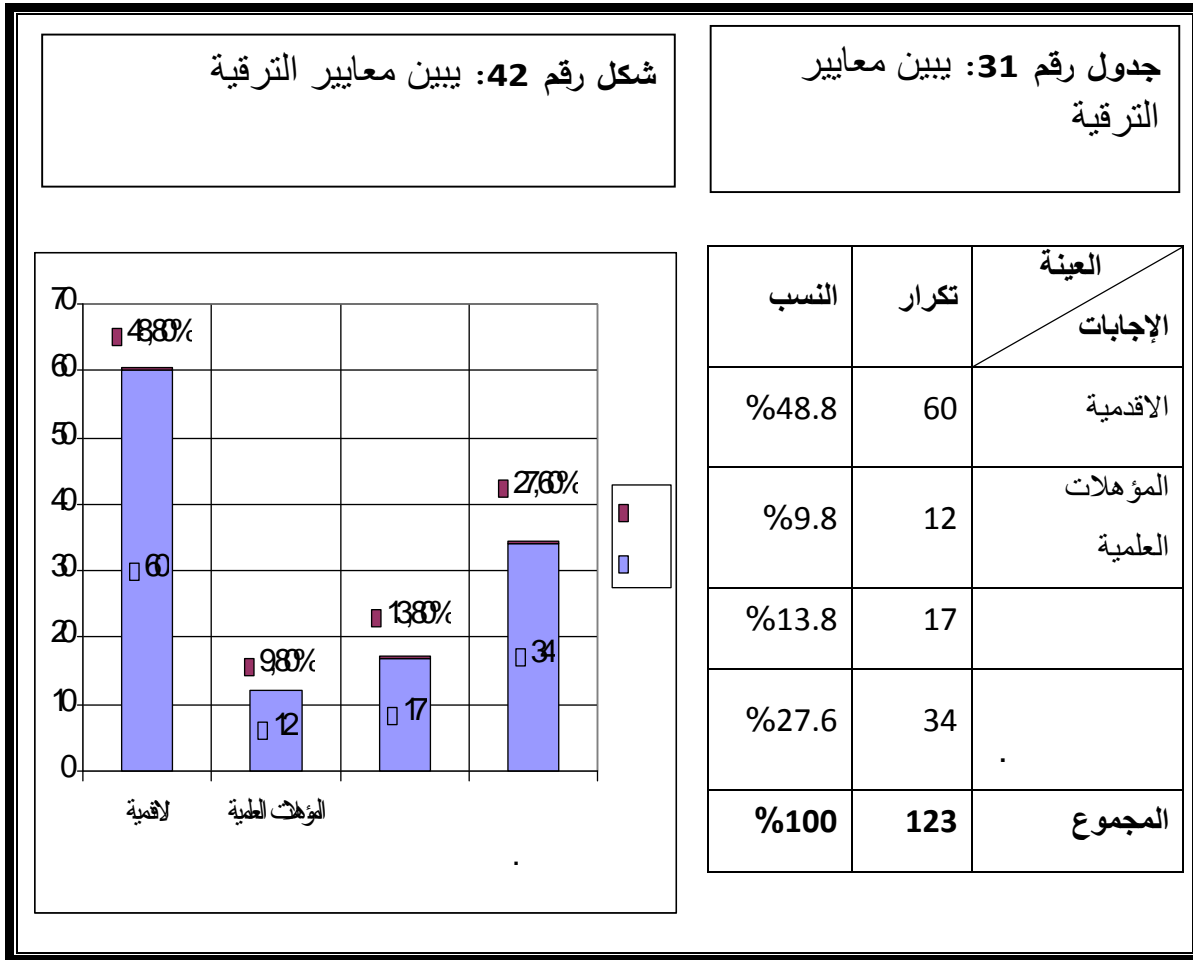
السؤال، وقد عبرت نسبة 21.2% أنها تحصلت على الترقية مرة واحدة حين
17.8% الترقية مرتين .

يوجد الترقية هي الكيفية يعمل بها
يترقى .
الترقية : يترقى
هذا زمنية بين القصيرة طويلة يتوقف هذا
على حسب تقييم رئيس المصلحة للمرض ويتم
التأهيل الذين بقائهم
يتم متساوية ليتم فيها
يرقى عليه تنقيط رئيسه .

الترقية في الدرجة	المدة الدنيا	المدة المتوسطة	المدة القصوى
منها		3	3
12 :	30	36	42

الترقية يلي :
- الترقية الاختيارية : يسجل
الأولوية تنقيط رئيس
ليلتحق إختيارهم
- الترقية طريق
الذين لديهم يتم
المهني : يشارك فيه
الشبه تكوين سنتين .

س-20
الجدول (31): يبين معايير الترقية.



البيانات الإحصائية (31)

العينة %48.8
العينة %27.6
معيار الترقية هو الأقدمية،
معيار الترقية هو المؤهلات العلمية .
نسبته %9.8
عليها الترقية : الزمنية يقضيها
الترقية بالأقدمية : هي الزمنية يقضيها
حيث يتم بموجب هذه الطريقة ترقية العمال القدامى إلى درجات أعلى
هناك
شهادة
هذا
قرينة
التالية 3 :
كفاءته

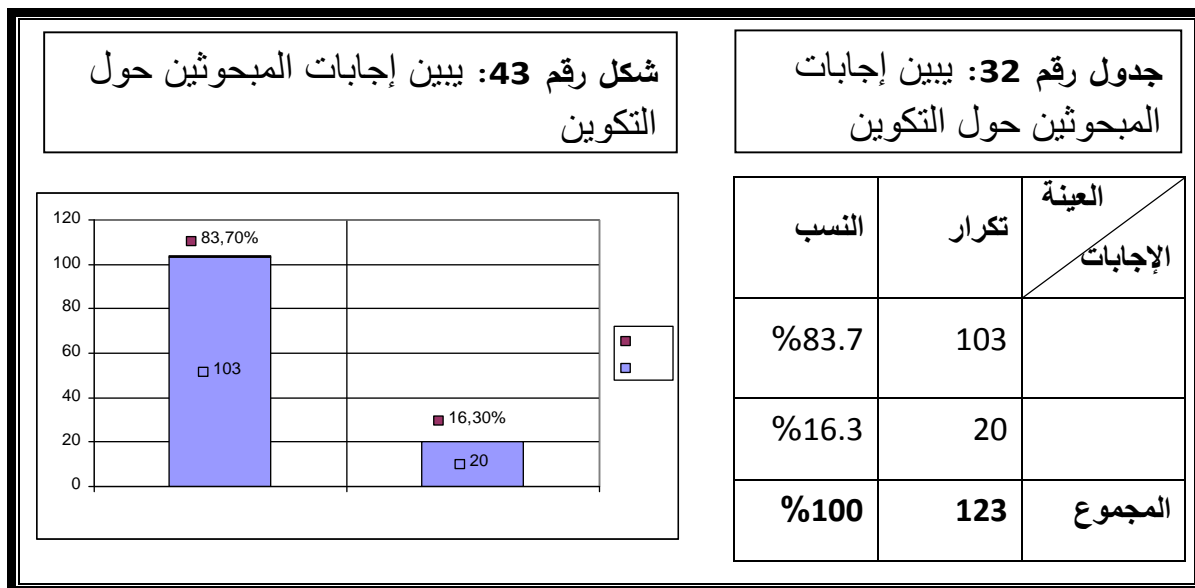
أنها العاملين
2- الترقية : ترقية
الوظيفة متطلباتها أعبائها
المؤهلات يمتلكها
يوفر
يؤدي هذا
3 - بين عيوب التطبيق
الأقدمية : هذا بهدف
الأسلوبين .
هذا هو
الترقية
العينات
الأقدمية،
النتيجة
الجهد .

طريق
غير راضية
يصبح يبحث
معايير الترقية
بديلة للترقية

مستويات أدائهم
مزايا منها
%13.8
بين المؤهلات

س21

الجدول (32): يبين إجابات المبحوثين حول التكوين.



تشير البيانات
83.7% فيه
العينات بأنهم
عملهم عليهم
يشغل هذا
أنها للتكوين فهي

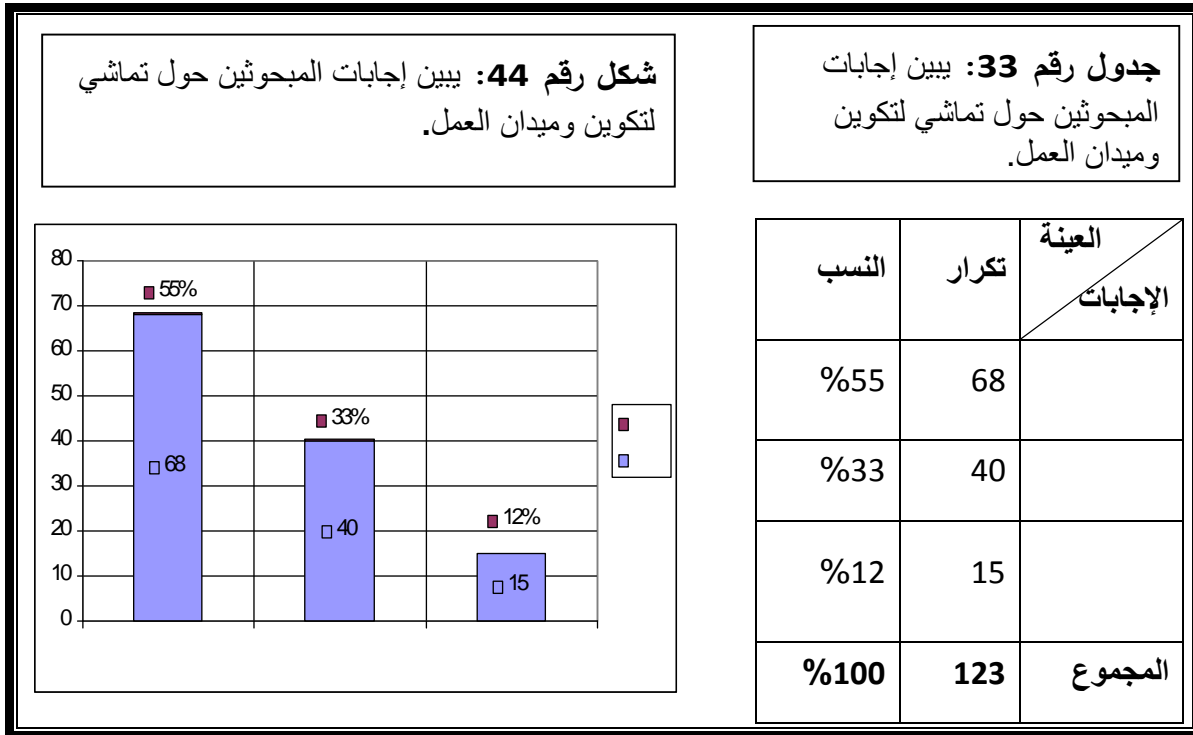
(32)
تلقينهم للتكوين
المرضى
الشبه طبية
العينات
%16
تكوينها فيما يخص

المبحوثين
%16.30 منهم
هم
%16
العينات

يعملون فيها، اختيرو	تصفية	افتتاحها	المرضى الذين منهم
العينة	بالبلدية	يعملوا بها	حين
فيما	للتكوين	تصفية هذه	
خضوعهم للتكوين .			
الشبه	تكوين المرضى		
المرضى له	منية معينة	التكوين	
←	المؤهل : يخضع للتكوين	الناجحين	تنظمه
الشبه	سننتين .	الناجحين	التأهيل -
المهني-	شهادة	:	شهادة البكالوريا
←	التكوين	للحاصلين	شهادة
الناجحين	المهني	للمرضى	الأخيرة
البكالوريا	سننتين	بالموظفين المنتمين	الشبه
التنفيذي	العمومية	تكوين	العمومية
معاهدة	التكوين		.
للمرضى الحاصلين	شهادة	يتم ترقيتهم	الجديد
9 أشهر للتكوين	هو	يتم	المرضى
الحاصلين	شهادة	توزيع	إعطائهم
.			
←	التمريض :	الأخيرة	جديدة
وهذا	الوصية	تكوين المساعدين	التمريض
به	الثمانينيات	التكوين سننتين	أنه
يتجاوز	التكوين !!! .		

س 21-ا

الجدول (33): يبين إجابات المبحوثين حول تماشى لتكوين وميدان العمل.

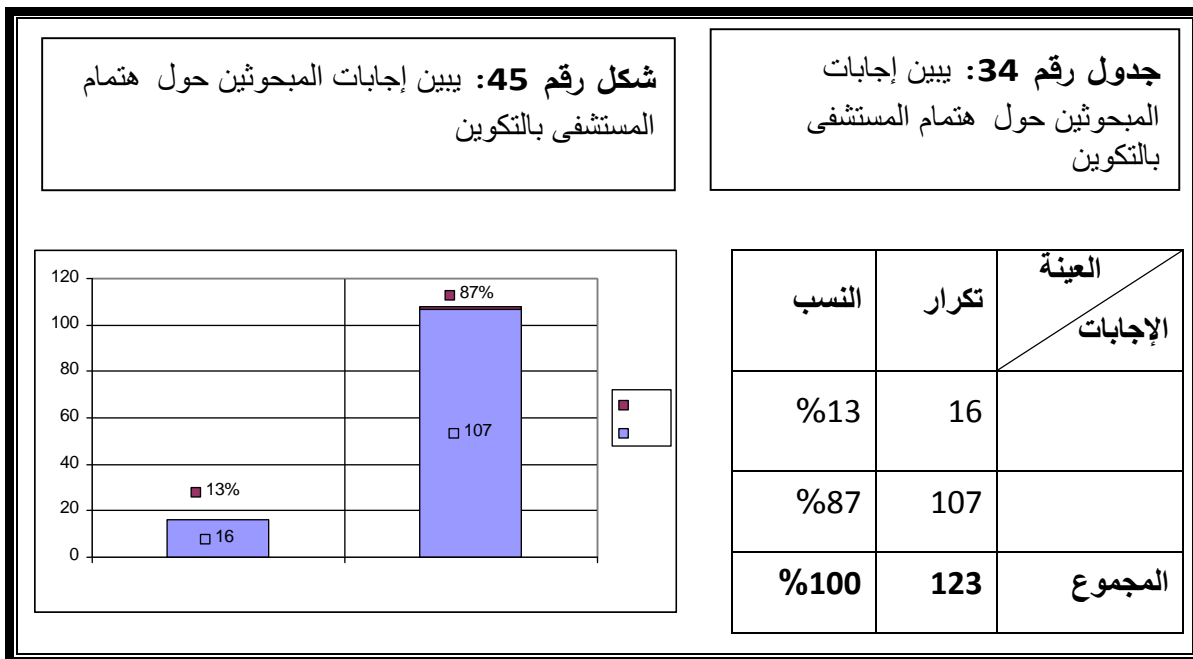


تبين الإحصائيات التكوين العينة
 عليها تلقونه يتماشى ميدان عملهم 55% أغلب العينة
 33% العينة، وهي نسبة عالية، حينها
 12% التكوين ميدان التطبيق، التطبيق الشبه
 يعتمد تقديم برامجها المستشفيات، حين الثانية فهي
 تصفية يعتمد التكوين الشبه النظري مهنة التمريض
 برنامجين هو تزويد هو تزويد الشبه
 كثيرا هذا مهارات التمرريض الميدان يعتمد
 تربيته الممرضين يبقى الاهتمام يفحص فيها
 هم تأطير المساعدين التمريض ميدان اجتيازهم
 الفضيع الناحيتين المعرفية التطبيقية

قبولهم بالمهنة الأكيد سيجد هؤلاء أنفسهم رصيدهم
عليهم الهروب الجديد حيث إفتتاحها لهذه
هذه سيساهم
هذا شأنه ينعكس الصحة .
تلقاها التكوين للمرضين
عالية
نفسه ينطبق
تحويل تصفية
يمكنوا

س 22

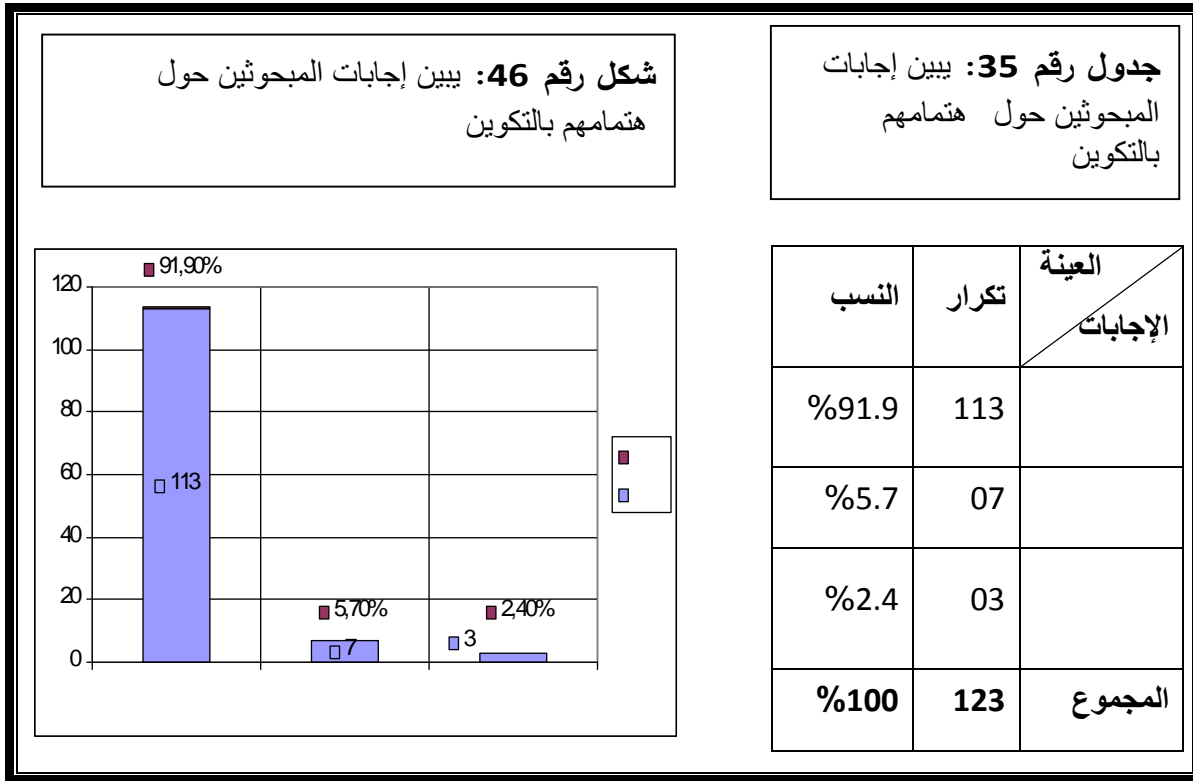
الجدول (34): يبين إجابات المبحوثين حول إهتمام المستشفى بالتكوين .



تشير البيانات الإحصائية للمبحوثين
%87
عليها
فيه
العينة
%5.7
إهتمام
العينة
رأينا
التكويني للمرضين
التكويني، وهي
تصفية .

س22-ا

الجدول (35): يبين إجابات المبحوثين حول إهتمامهم بالتكوين .



تشير معطيات هذا إهتمامهم بالتكوين، يحد التكوين زيادة احتياجات يزداد أهمية المهن مسؤوليات جديدة مهام كثيرة مجتمعه يودي مهامه الوظيفية بفعالية للحقيقة النظرية فميدان أنه يوميا الظهور أنها العالمية هم وضعها لخلية التكوين يمثل المهنية ينتمي إليها بهذا الميدان الحيوي حيث

عينة 91.9% نسبه 5.7% العينة 2.4% البشرية تطوير لتلبية وسيلة مهمة الحديث حيث يضع بها يكون جديدة الصحية طبيب هذا وفرته التكوين يرأسها المدير شخصا

يؤكدون عينة 91.9% نسبه 5.7% أنها غير مهتمة العينة 2.4% البشرية تطوير لتلبية وسيلة مهمة الحديث حيث يضع بها يكون جديدة الصحية طبيب هذا وفرته التكوين يرأسها المدير شخصا

أه

المستشفى لا تقوم بالدورات التكوينية ، بالرغم من أنه من وظائف المستشفى التدريب والتعليم ، و الأمر الذي شدنا أكثر هو الاهتمام الذي أبداه الممرضون لمزاولة التكوين و أفراد العينة إلى أن إهتمامهم بالتكوين يعود إما من أجل تحسين الأداء أو لزيادة المعارف العلمية ، أو للحصول على ترقية .

يعد التكوين أحد المرتكزات الأساسية التي تقوم عليها المنظمات ، و يشكل أحد المداخل الأساسية التي توظفها المنظمة كوسط لتحقيق أهدافها و تأدية وظائفها .

فالإنسان في أي منظمة يعد العامل الأساسي و الحاسم الذي بواسطته تستطيع تلك المنظمة أن تضطلع بالدور الذي وجدت من أجله ، وتحقيق الأهداف الموكلة إليها ، و بالتالي التمكن من القيام بواجباتها و مسؤولياتها بكفاية و فعالية ، و لجعل هذا العنصر البشري مؤهلا ، و يتمتع على درجة من الكفاية ليتمكن من أداء مهامه و ممارسة وظائفه على نحو فعال ، يجب تكوينه و خصوصا في منظمة مثل المنظمات الصحية فالخطأ يعني ذهاب حياة أو إحداث إعاقاة أو نقل مرض خطير ، و قد يعود الضرر على العامل نفسه ، و في المنظمة التي أجرينا فيها البحث 5.7 %

من أفراد العينة أن المستشفى مهتم بالتكوين ، و لعل أهم ميزة تتميز بها المنظمة كما اشرفنا سابقا توفرها على خلية للتكوين المتواصل ، و حتى أنها تتوفر على المكونين فالأطباء العامون و الأخصائيون لهم الزاد المعرفي يؤهلهم لإجراء دورات تكوينية ضيق في مكان العمل ، إذ يتميز هذا النوع من التكوين أي التكوين في مكان العمل ، بأنه يربط المتكون نفسيا و ماديا بمحيط العمل، و يوفر له فرصة نقل التعلم الفعلي من خلال أدائه للعمل ، فباستطاعة المكون أن يقيم بامتياز مقدار ما حققه المتكون من تقدم عملي و ما بقي عليه من جهد ، و عمل تكويني يسمح له بتحقيق مقدار الإنتاج الفعلي المطلوب منه و المخطط له سابقا ، كما أن هذه الطريقة التكوينية تمتاز بأنها قليلة التكلفة ، و كونها لا تحتاج إلى مراكز تكوين مستقلة ، و لا إلى توظيف مكونين ، أما الميزة الأخيرة فنتعلق بالدافعية إلى تحفيز الأفراد على أداء أعمالهم ، خاصة أن مصلحة الأفراد تقضي أن يتعلموا مهارات جديد تمكنهم من السيطرة على مشاكل العمل ، و قد تساعدهم على التقدم و الرقي إذا تابعوا المسارات الوظيفية التي اختاروها و أثبتوا تكوينها و براعة فيها .

والملاحظ في ميدان العمل الإستشفائي عند تخرج الممرضين والأطباء وحصولهم على مناصب الشغل فإنهم يلتحقون بالأماكن الشاغرة يكون هذه نتيجة هروب منها وهذا كثيرا يعود فيه وصعوبته شديدة وأحيانا لتعاملها يكون فيها هو

الجديد بمنصبه يعين	وهو بطبيعة	تنقصه
والمهارات الكافية		تأقلمه
الجديد وه	يعمل	
العاية ليتم	يساعده	عملية
والجدير	هذا الميدان	كثير
الأحيان	كبيره	العناية
به	يكن كافيا	
هذا	تكوينا	

الكافية المسؤولية سبيل حيث
الحياة والذين فيما قسنطينة حيث
يعود

هذا

اليوم الكثير التكوين
والتخدير والتكوين
بزيادة التكوين
يطالبون بزيادة سنتين

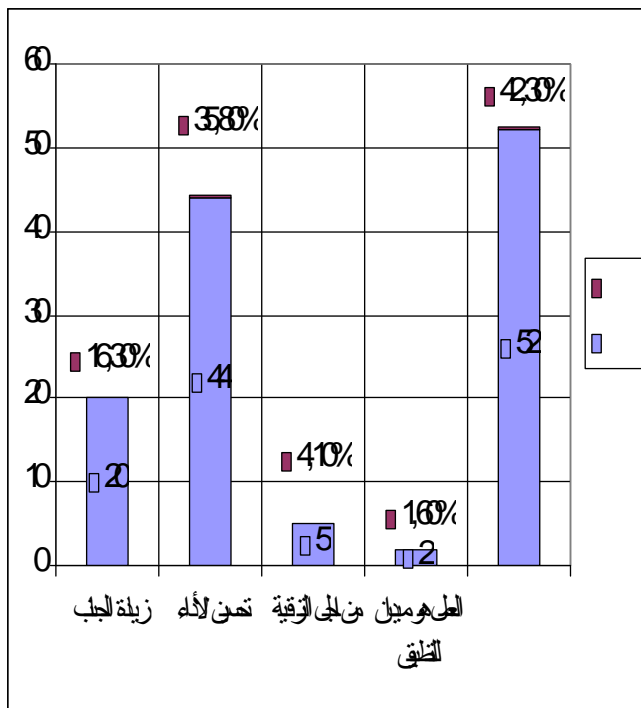
و تجدر الإشارة هنا إلى أن التدريب الرسمي لا يؤدي إلى ترقية العامل بإخراجه من جماعته إلى جماعة أخرى ، فالمرضى لا يمكن أن يصبح طبيبا .

س22- ب

الجدول (36): يبين إجابات المبحوثين حول أسباب اهتمامهم بالتكوين .

شكل رقم 47: يبين إجابات المبحوثين حول أسباب اهتمامهم بالتكوين

جدول رقم 36: يبين إجابات المبحوثين حول أسباب اهتمامهم بالتكوين



النسب	تكرار	العينة / الإجابات
16.3%	20	زيادة الجانب
35.8%	44	تحسين الأداء
4.1%	05	الترقي
1.6%	2	العمل هو ميدان للتطبيق
42.3%	52	
100%	123	المجموع

معطيات هذا الإحصائية تشير
اهتمامهم التكويني
العينة %57.5
العينة %42.3

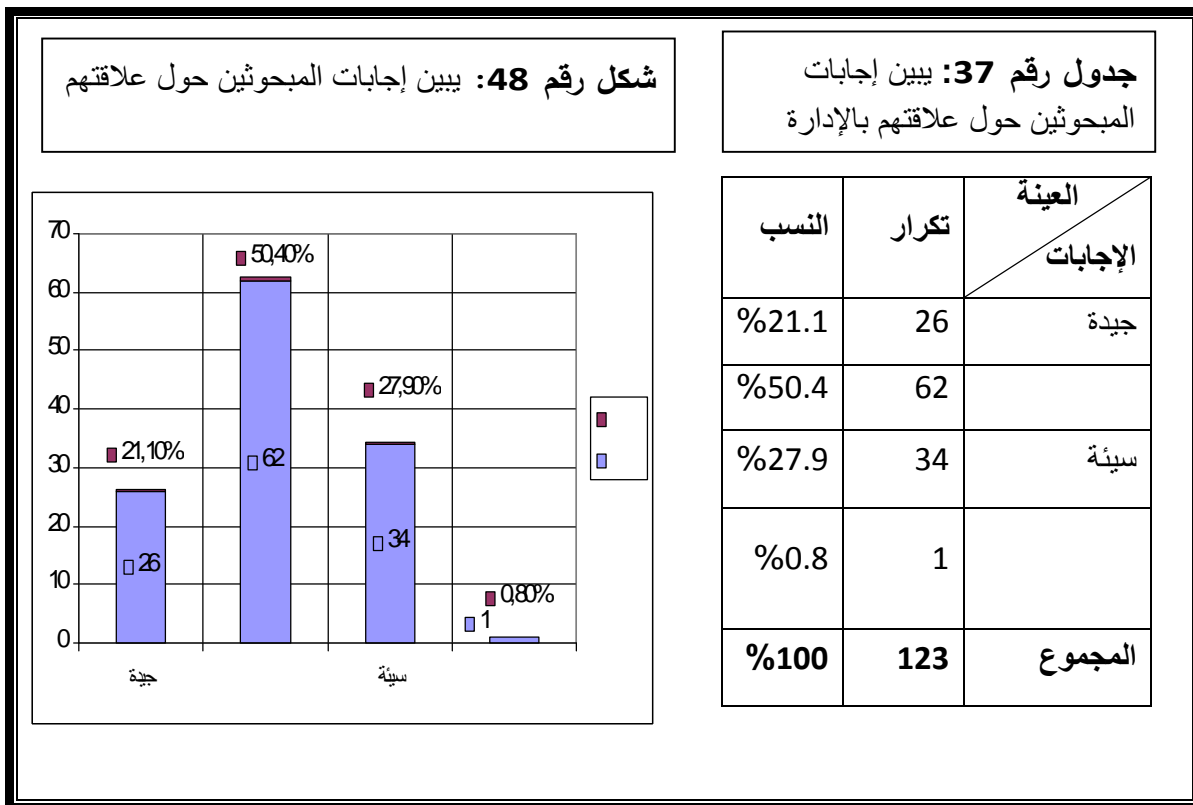
التكويني هو لتحسين
الترقية، الأخير
الميدان نفسه هو كفيل بتعويض التكوين .

36% العينة
16.3% العينة
4.1% العينة
نسبته 1.6% أنهم يحتاجون تكوين

اهتمامها
الاهتمام هي لزيادة
اهتمامها للتكوين

س 23

الجدول (37): يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بالإدارة .



تشير البيانات الإحصائية
بينهم وبين
علاقتهم
الأخير

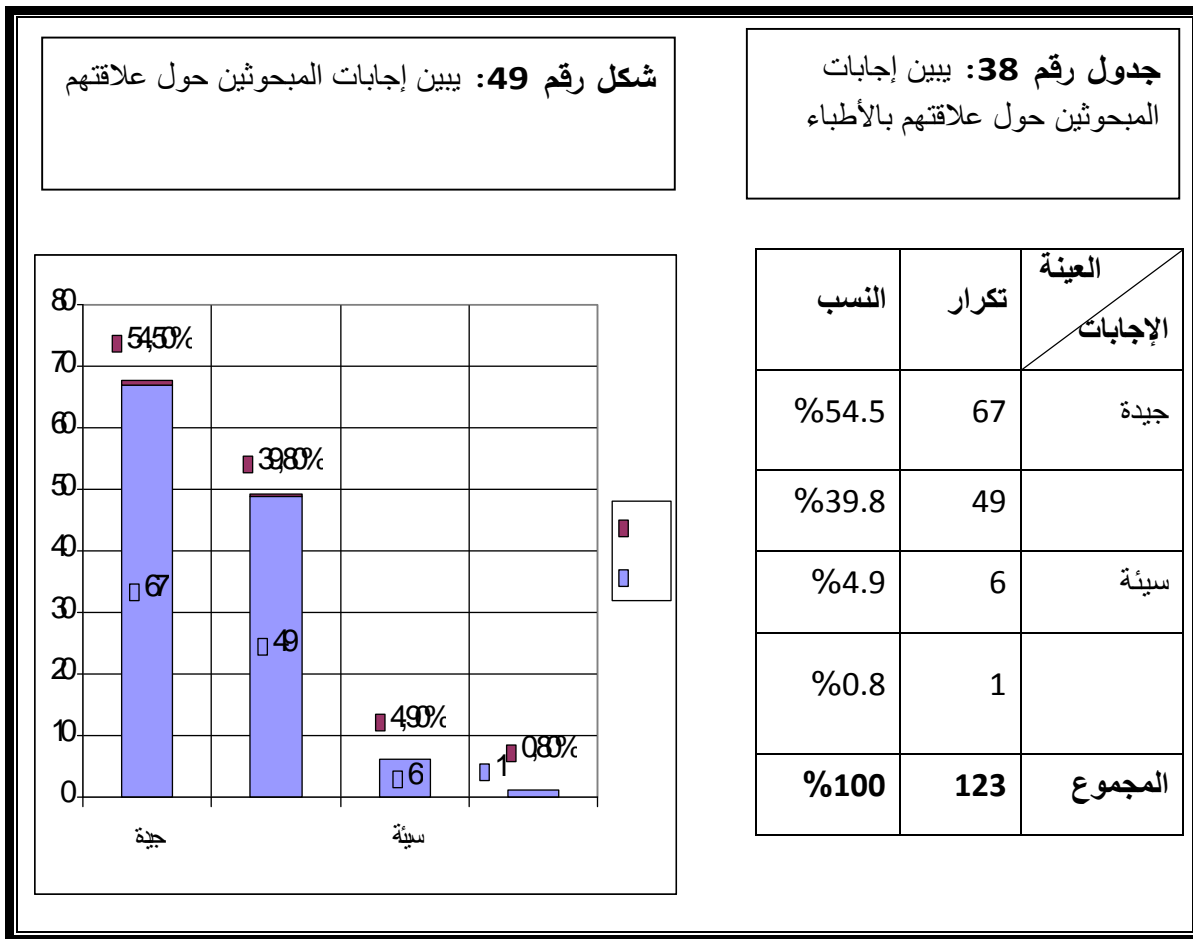
99.2%
نسبته 50.4%
27.9%
21.1%
0.8%

العينة
العينة
جيدة

حين
العينة

س24

الجدول (38): يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بالأطباء .



تشير البيانات الإحصائية (38) العينة

99.2% فيها 54.5% العينة

علاقتهم جيدة 39.8% العينة

حين 4.9% العينة

علاقتها سيئة 0.8% العينة

يجب بين المريض، فالتمريض الطبيب وتنفيذ

وكيفيته الطبيب وتنفيذ

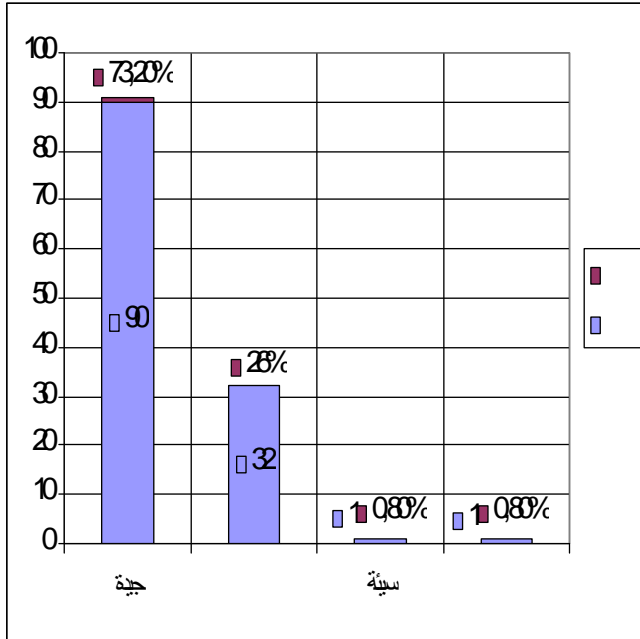
المريض تحسينه ويجب زيارة يكون

ينقلوا للطبيب الطبيب

س25

الجدول (39): يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بعضهم البعض .

شكل رقم 50: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بعضهم البعض



جدول رقم 39: يبين إجابات المبحوثين حول علاقتهم بعضهم

العينة	تكرار	النسب
جيدة	90	73.2%
سيئة	32	26%
المجموع	123	100%

(39)

تشير البيانات الإحصائية

73.2 %

99.2 %

عينة

26 %

جيدة بين الممرضين بعضهم

عينة

الممرضين، وأخيرا

المبحوثين

سيئة

0.8 %

إن البناء الاجتماعي للمستشفى يمثل نسقا من العلاقات التي تربطها أخلاقيات مهنة الطب و التمريض و غيرها ، و كذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل تراتيبي محدد ومعتبر ومرتب بأدوار يلتزم بها كل المتعاملين داخل المرفق الصحي هرت الدراسات أن أعضاء الجماعات الثلاثة (الأطباء والممرضين والإداريين) يتفاعلون بصورة أفضل مع جماعاتهم أكثر من تفاعلهم مع المجموعتين الأخيرتين 4) وهذا ما لاحظناه خلال قراءتنا للجدول .

فجماعة الممرضين كما رأينا في الفصل النظري هي جماعة عمل بمعنى أنها إجتماعية يقوم بينهم تفاعل متبادل ولهم معايير واحدة ويتعرضون لضغوط

واحدة، ولهم أهداف وحاجات واهتمامات واحدة كل هذا من شأنه أن يربط بعضهم ببعض والنتائج المحصل عليها تثبت صحة ذلك .

تشير المفاهيم :

- : هو ما يقوم به أعضاء الجماعة باعتبارهم منتمين إليها .
- : العلاقة التي تنشأ بين أعضاء الجماعة .
- : مجموعة المشاعر الداخلية عقلية أم غير عقلية لتكون لدى كل

- المعايير : مجموعة القوانين أو السلوك الذي تتبناه الجماعة واللفت للنظر في دراستنا هذه أن هذه الجماعة الاجتماعية كونت مجموعات ضاغطة لحماية مصالحها وبسط سلطتها على المستشفى وهذا من خلال تكوين نقابات فاعلية، كنقابة الاتحاد العام للعمال الجزائريين ونقابة الشبه طبيين ومن خلالها تمكنوا من الظفر بلجنة الخدمات الاجتماعية، بالتالي أصبحت لهذه الجماعة الكلمة الأولى في المستشفى وأصبح يتعامل مع الممرضين داخل المستشفى محل الدراسة كجماعات وليس كأفراد لهم نفوذ في التنظيم الصحي.

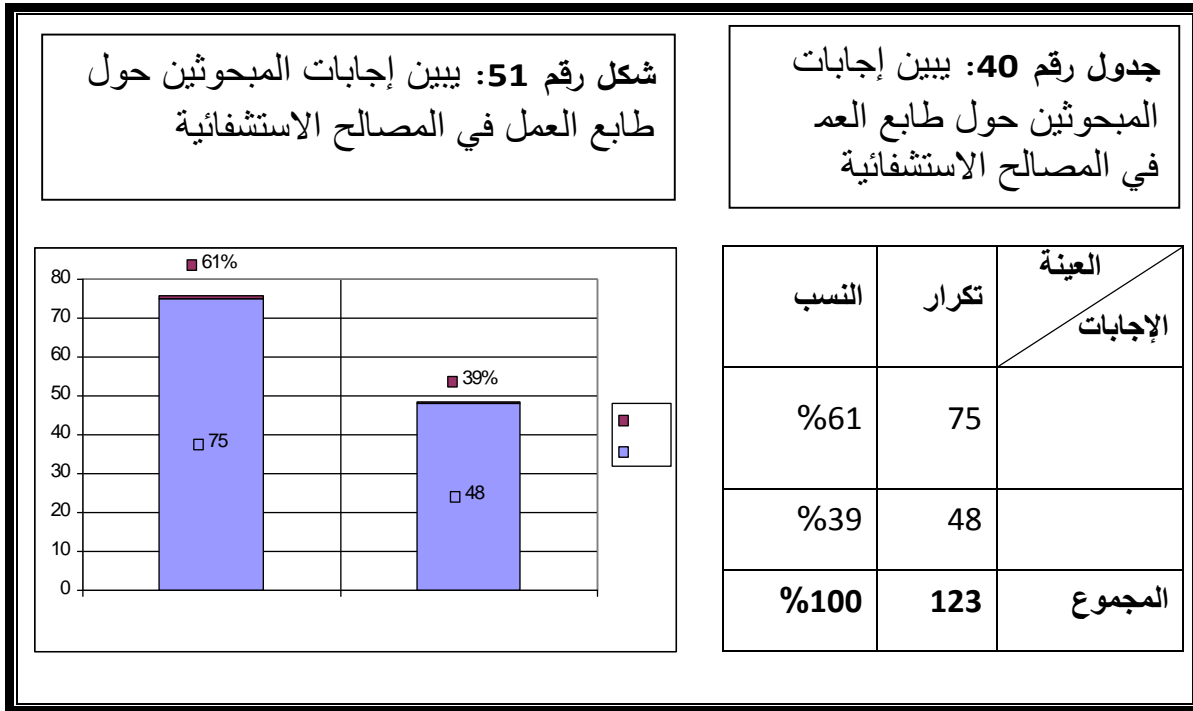
ولذلك نلاحظ أن علاقة الأطباء هي علاقة حسنة مع الممرضين حيث يخفف من حدة المشاكل التي تنتج عن الخصائص البنائية، العامل الذي يؤدي إلى ظهور بناء غير اتصال غير رسمية وقد يتم تجنب الصراع الذي قد يطرأ على بعض القضايا التي تهم الجماعات بفضل العلاقات الوثيقة، ويمكن أن نستخلص من هذا أن كل صراع ينجم في ظل بعض الظروف التي تمثل بعض المواقف في الجماعات المختلفة يمكن حله عن طريق التفاوض بمعنى أن هناك خصائص معينة تميز البناء الاجتماعي للمستشفى، وهذه الخصائص يمكن حل الصراعات عن طريق التفاوض أو المساومة، وعلى سبيل المثال فإن الهدف التنظيمي المتمثل في توفير الرعاية الطبية للمرضى لا يمكن أن يشمل كل الحالات الفردية، وهكذا فإنه يفتح الطريق إما تفاوض كل الجماعات فيما يتعلق بالسياسة والحقوق والواجبات وقد أشرنا في الفصل النظري إزدواجية السلطة الإدارية وسلطة الأطباء، فقد تظهر سلطة الأطباء ولكن الأمر ليس دائما كذلك وذلك لأن الأطباء كثيرا ما يختلفون في آرائهم بشأن التشخيص والعلاج، أي هناك نوع من عدم اليقين الطبي يظهر أحيانا بطريقة واضحة عند اتخاذ القرار .

ويصدق هذا القول على السلطة لدى الإداريين، وبالتالي فإن العلاقات بين . وهذا لتوازن السلطة بين الفئات الثلاثة واللجوء إلى التفاوض

ومن خلال ما تقدم فإننا نستنتج مدى أهمية البناء الاجتماعي للمستشفى في عملية أداء المستشفى لوظائفه .

س 26

الجدول (40): يبين إجابات المبحوثين حول طابع العمل في المصالح الاستشفائية.



تشير البيا الإحصائية (40) للمجيبين

61% العينة

39% العينة

يعملون فيها هو

يتميز

يقوم

مجموعها

بين

يشرف

يشرف

يعرف

للمريض ...

61 % هي ضئيلة

يجب يكون .

التمريض يوجد

بين المهام الطبية

بوظيفة

يوجد

التمريض يوجد

يوجد لها رئيس

المرضى

عليهم مهام

التحاليل البيولوجية

الإشعاعية

يكون

جماعيا

يفترض

الإدارية

مهام

التمريضية

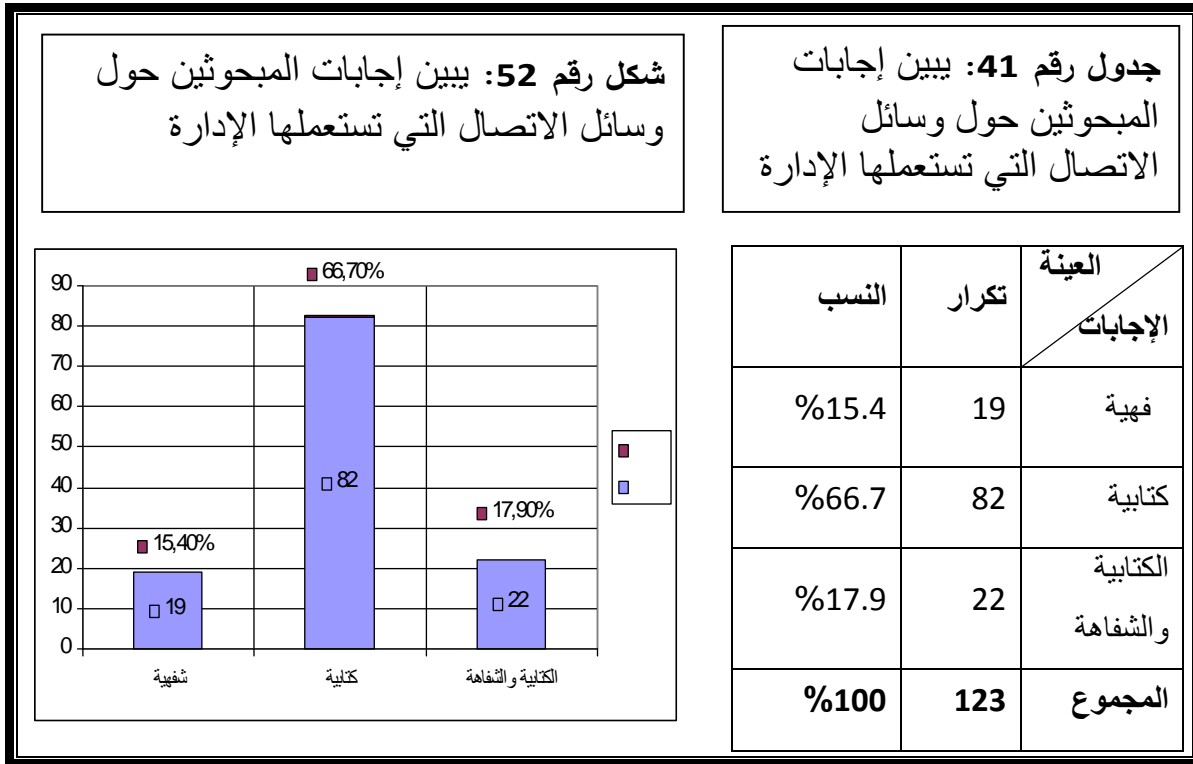
المرضى

تعليمات

يقوم

س27

الجدول (41): يبين إجابات المبحوثين حول وسائل الاتصال التي تستعملها الإدارة.



المعطيات الإحصائية عليها (41) أغلبية العينة 66.7%

النوعين النسبته 15.4% العينة الشفاهي الشفاهي هو 17.9% وأخيرا

الاتصال هو وسيلة وعملية يتم بموجبها إنتقال المعلومات والآراء والمشاعر والاتجاهات وتبادلها بين أفراد الجماعة وينشأ من خلاله التعاون والتكامل .

سوء التفاهم بين الإدارة والعمال واقعة حاصلة كشائعة فإذا لهؤلاء يتخذون من الإدارة موقفا عدائيا دون تفتن إلى هذا العداء ا والى أسبابه، ولكي تكون العلاقات الإنسانية في المنظمة علاقات منسجمة يجب أن تعمل الإدارة والعمال على أن يفهم كل فريق وجهة نظر الفريق الآخر، ولتحقيق هذا التفاهم يجب أن يقوم نظام الاتصال بينهما .

وبهذا يصبح الاتصال موضوعا ذا أهمية تهتم به الإدارات عموما والإدارات الصحية بالخصوص، فبدون اتصال يحدث هناك خلل في التعامل بين المشرف والمسئول مع مرؤوسيه، والمرؤوسين مع رؤسائهم، وهذا بدوره يؤدي إلى نقص الكفاءة الإنتاجية .

وأشارت الكثير من الدراسات بأن الاتصال يستغرق ما بين 75% - 90% ساعات العمل اليومية، لذلك يعتبر بمثابة الدم المتدفق عبر الشرايين الحياتية للمؤسسة.

ومن خلال ما سبق نستشف أن الإتصال هو أحد المواضيع الهامة والضرورية في التنظيم، فهو ينتشر في جسم الوظيفة الإدارية كلها ولا يوجد عمل يتم عن طريق التعاون مع الآخرين، إلا وكان الإتصال عاملا حاسما فيه، فهو يهدف 5 :

1 - الإتصالات وسيلة هادفة في ضمان التفاعل والتبادل المشترك للأنشطة

2 - الإتصالات عبارة عن نشاطات إدارية وإجتماعية ونفسية داخل المنظمة إذا أنها تساهم في نقل وتحويل المفاهيم والآراء عبر القنوات الرسمية مستهدفة خلق التماسك بين وحدات ومكونات البناء التنظيمي للمنظمة وتحقيق أهدافها .

3 - تعتبر الإتصالات بين الأفراد والعاملين وسيلة ضرورية في توجيه وتغيير السلوك على الصعيدين

4 - تعتبر وسيلة أساسية لإنجاز الأعمال والمهام .

5 - من خلالها يطلع المدير على أنشطة مرؤوسيه، كما يستطيع التعرف على مدى تقبلهم لأرائه وأفكاره، فهو يمثل وسيلة رقابية وإرشادية لنشاطات الرئيس في مجال توجيه المرؤوسين .

6 - داخلية تعكس في معظم الحالات الثقافة المؤسسية

وهناك ثلاثة أساليب لنقل المعلومات والأفكار بين فئات المنظمة، غير أن إختيار أي أسلوب يتوقف على الظروف المتاحة بالمنظمة، وعلى نمط التعامل السائد واستعمال الأسلوبين (الكتابي و الشفاهي) يكون أنجع في المنظم .

- ويتم هذا الأسلوب عن طريق الكلمة المكتوبة ويستعمل في المنظمات المعقدة وكبيرة الحجم، وللاِتصال الكتابي عدة طرق تسهل مهمته، منها التقارير، المذكرات والمنشورات ، والخطابات الرسمية، والمجلات وصحائف الأخبار التي تصدرها المنظمة .

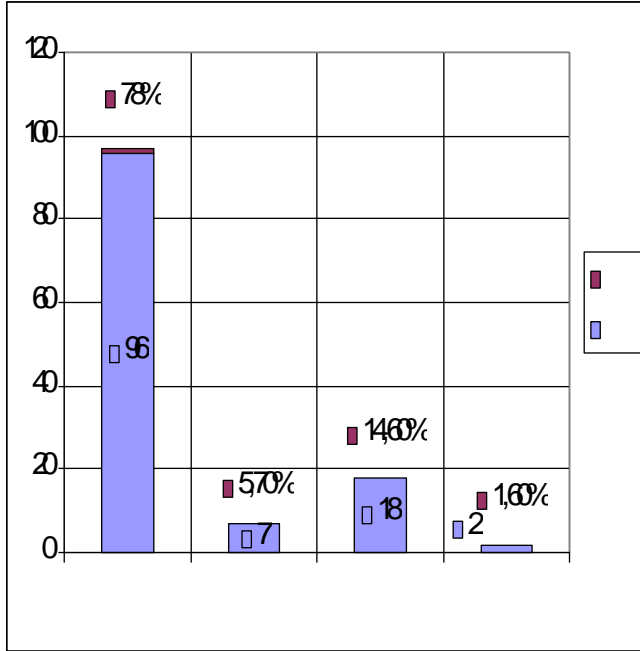
وب الاتصال الشفهي : يعتبر من أقدم وأكثر الأساليب شيوعا وأفضلها إستخداما، وذلك لما يوفره من الوقت والسماح بالاتصال الشخصي أي الإتصال وجها لوجه، حيث يشجع تبادل الأسئلة والأجوبة وبالتالي تبادل الآراء والأفكار .

وهذا ما توضحه النتائج التي حصلنا عليها أن نظام الإتصال المستعمل غير متوازن إذ نلاحظ الغلو في إستعمال الاتصال الكتابي، في حين طبيعة العمل الإستشفائي تعطي أهمية بالغة للاتصال الشفهي، أثناء زيارة المرضى وتفقد المصالح تتم عملية الاتصال وتبادل الآراء والأفكار وهذا ما لاحظناه أثناء زيارتنا للمصالح و حتى أننا سألنا عن زيارات المسؤولين الإداريين فكان الرد بالسلب .

س28

الجدول (42): يبين إجابات المبحوثين حول الوسائل التي يستخدمها لتبليغ تظلماته.

شكل رقم 53: يبين إجابات المبحوثين حول الوسائل التي يستخدمها لتبليغ تظلماته.



جدول رقم 42: يبين إجابات المبحوثين حول الوسائل التي يستخدمها لتبليغ تظلماته.

النسب	تكرار	العينة الإجابات
%78	96	
%5.7	7	
%14.6	18	
%1.6	2	
%100	123	المجموع

تشير المعطيات الإحصائية
%98.4 منهم
%78 عليها
أنها تريد تبليغ
العينة فإنها
للعينة أنها
%14.6
لهم
%5.7
%1.6 الأخير
يقدموا
فإنهم يقدمون شكاويهم وتظلماتهم
كيفية تقديم تظلماتها وشكاويها .

**جدول رقم 43: يبين إجابات
المبحوثين حول السماح لهم**



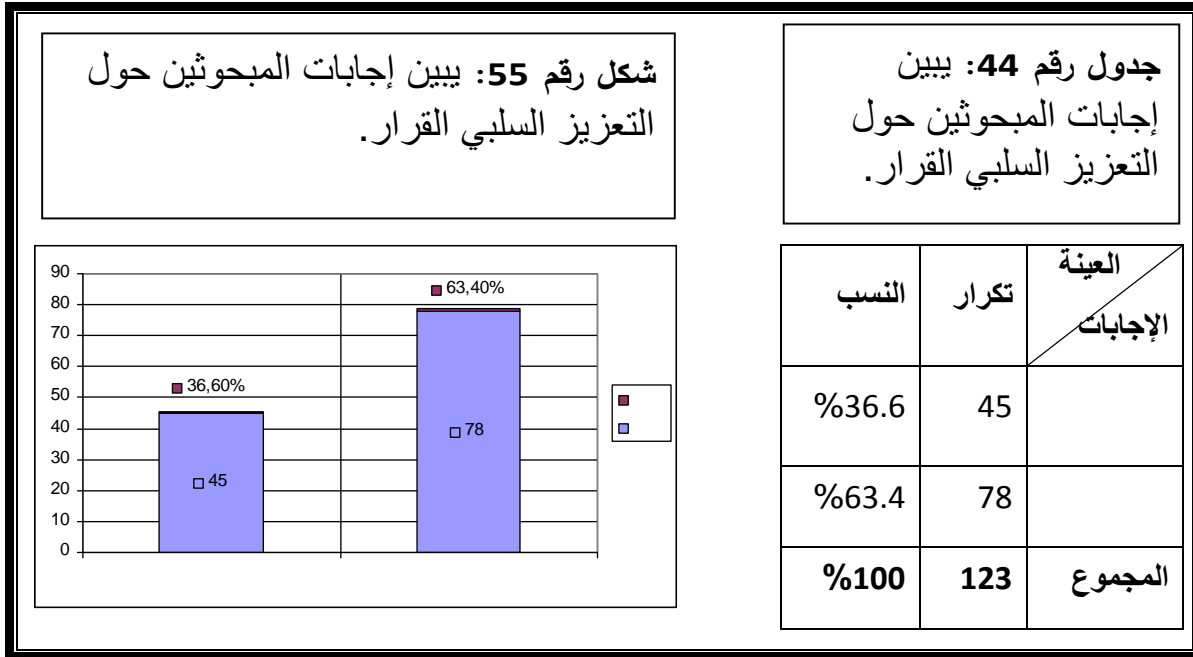
238

جهة	يمكنه التوفيق بين توسيع	العاملين يقوم به الرؤوسين	جهة	التنظيم مكانية تحقيقه
	طريق (الفردية والجماعية)	الرئيس يديرها الرؤوسين		والتوصيات تيسر له
	له	ذاته تنفيذه ⁶		
ومفهوم		تجريبية ظهرت	بداية	ينيات
	ولكنها	كلها	بإستقلالية نسبية	
	الاستقلالية	تحقيق أهداف	(النوعية	
	التفكير	(... هكذا ينظر المسيررون		
باعتبارها	طابعي متميزين ومتكاملين	:		
	humaniste : حيث يسيطر			
	القيام	سيطرة	تسيير تايلوري -	يعتبر
	عضوية متجاهلا قدراته	وابداعاته	وحاجته	
	له لمسؤولية ...			
	Productivste : الفرضية		يستند ليها هي	
	للإنتاجية	هو	يجب	
	لتحقيق	يتوفر عليه		
	تحسين	وتغيير	والتكيف	المحيط
	تساهم	يرفع	التنافسية	محيط جديد
	وتحقيق الفعالية	نوعية		
	يفرض تحديات			
		4 يحقق ⁷ :		
1-	العاملين	اتجاهاتهم	ديد مستقبلهم.	
2-	تقييم	الموظفين		
3-	توفير تنمية	للموظفين .		
4-	تهيئة	الموظفين	لمسؤولية ومنحهم مزيدا	
5-	تعزيز	الموظفين .		
6-	يجاد تخطيط قريب			
7-				
8-	العاملين وتنمية			
9-	إيجاد دافعية	نتاجية العاملين .		

⁶ - جرير (1 الرياض : مجستير أكاديمية نايف الأمنية الرياض 2001 4)
⁷ - حسين " وعلاقته الوظيفي " .
 2003 42

س30

الجدول (44): يبين إجابات المبحوثين حول التعزيز السلبي القرار.



تشير البيانات الإحصائية للمجيبين " " وعددهم 48 يخطئ يعاقب .

عليها العينة %63.4 يتغيب يتهاون

%36.6

يفاقب .

يتمثل الهدف التأديب

التأديب

التأديبية الجميع

أساسية 8 :

1-

القضايا -

للمعايير -

تميز رئيس تقديم للمريض.

هـ - بتعليمات طبيب

هذا يتمثل الهدف

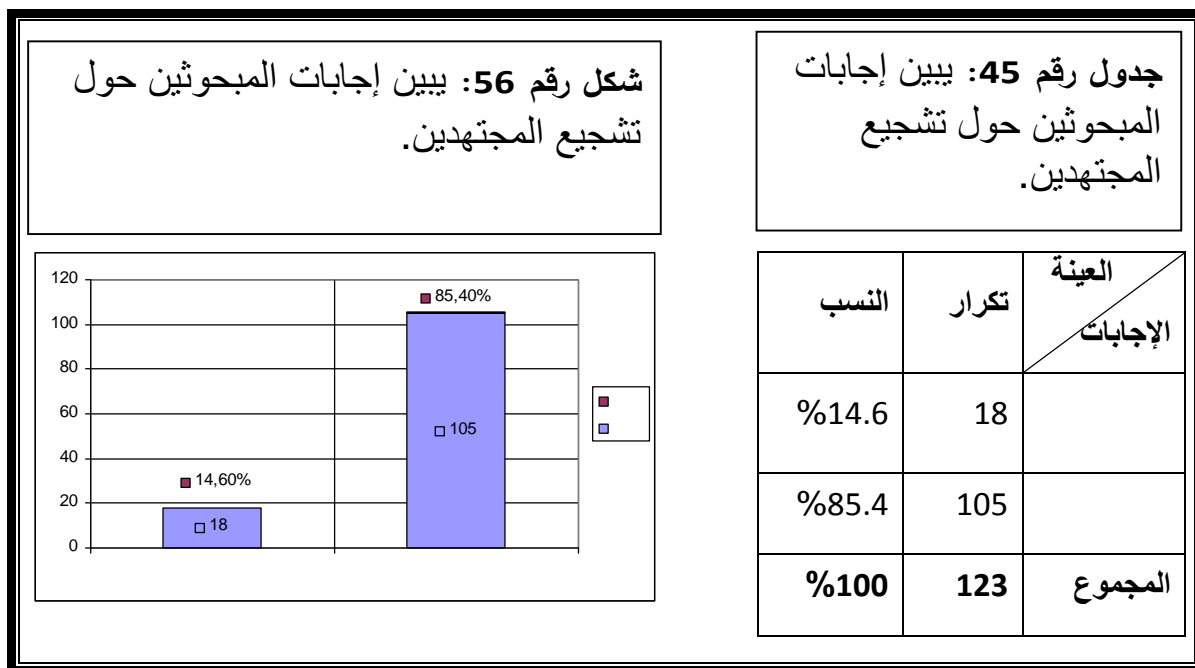
الموظفين بداية التحاقهم

ينبغي ينبغي يكون عليه

يجب يعلن جميع
يتم
-2 التحذير الشفهي التحذير
التهئية المبدئية : يجب
يتم التنبيه التهديد
بصيغة
حيث هذا
هذا
-3 هذا
التعزيز
هناك بها
العينة
يتصفون
: 63.4 % هي الأغلبية
التأديب .
يطبق

س31

الجدول (45): يبين إجابات المبحوثين حول تشجيع المجتهدين.

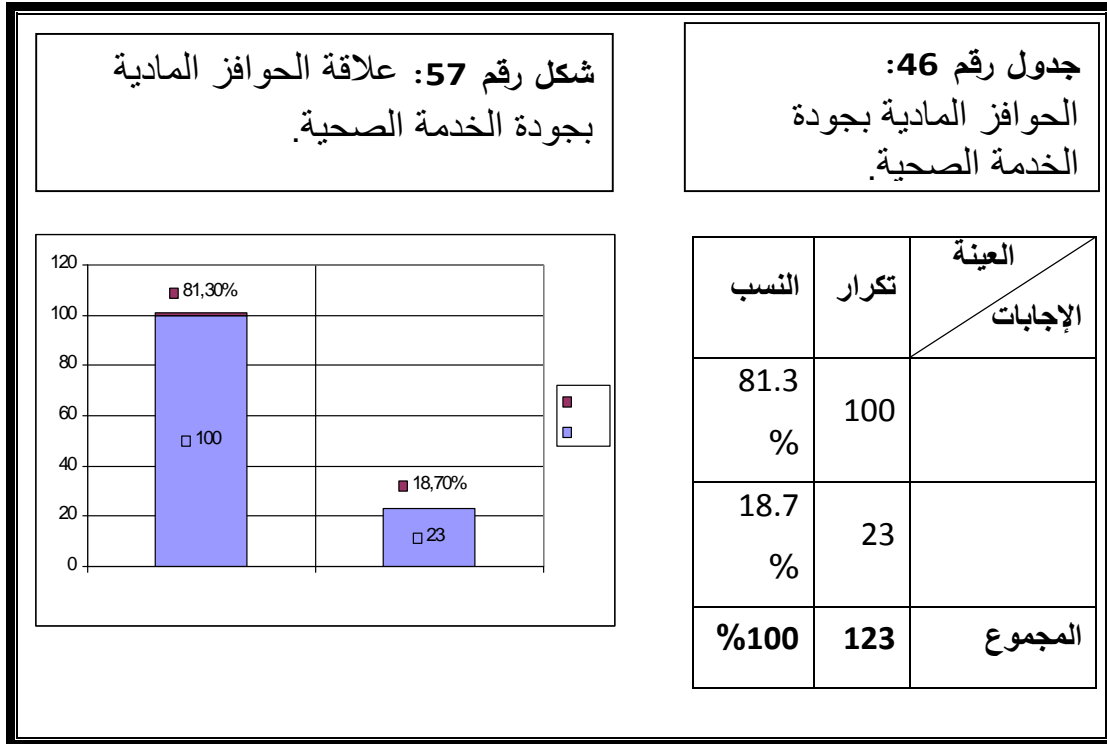


(45) أغلبية العينة الإحصائية عليها
%85.4 يقوم بتشجيع المتميزين
نسبته %14.6 بأنه يتم تشجيع المتميزين .
يلاحظ هذه المسؤولين غير مهتمين
التشجيع يتطلب الكثير،
يفي التهاون
وهكذا
(44) انه يتهاون يعاقب،
الجميع ويستفحل بين

الجميع، يعمل، الكثير هذه فالتعزيز
العينة يراها والايجابي الصحية .
" أنها " بسيطة ولكنها
يراعى فيها يعمل

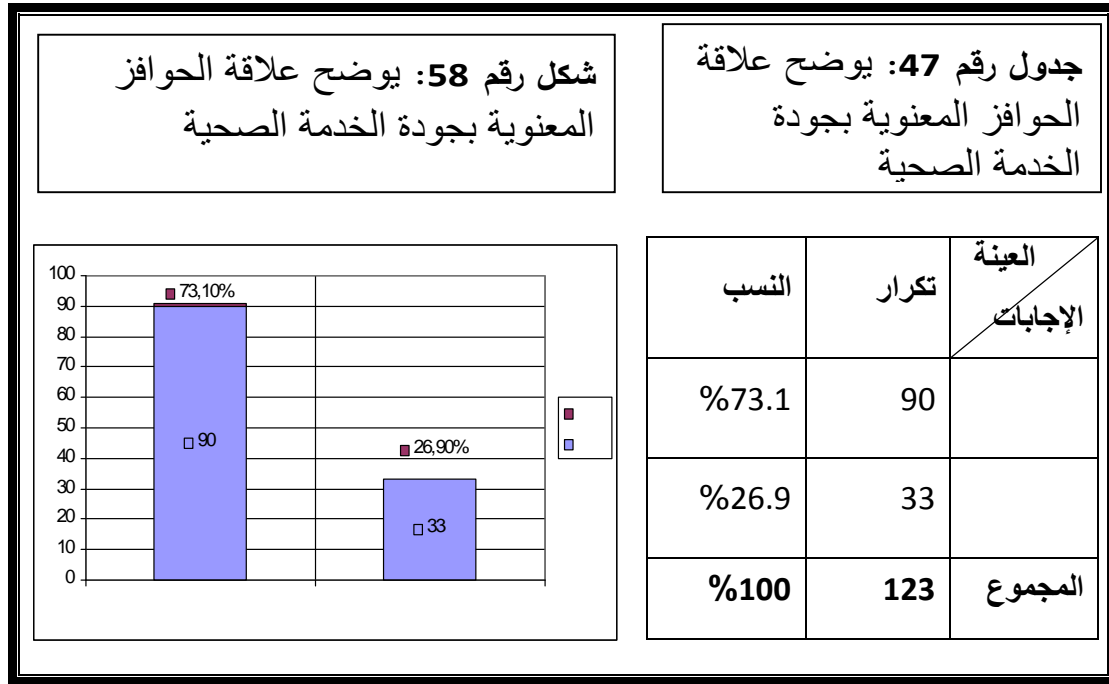
س32

الجدول رقم (46) : علاقة الحوافز المادية بجودة الخدمة الصحية.



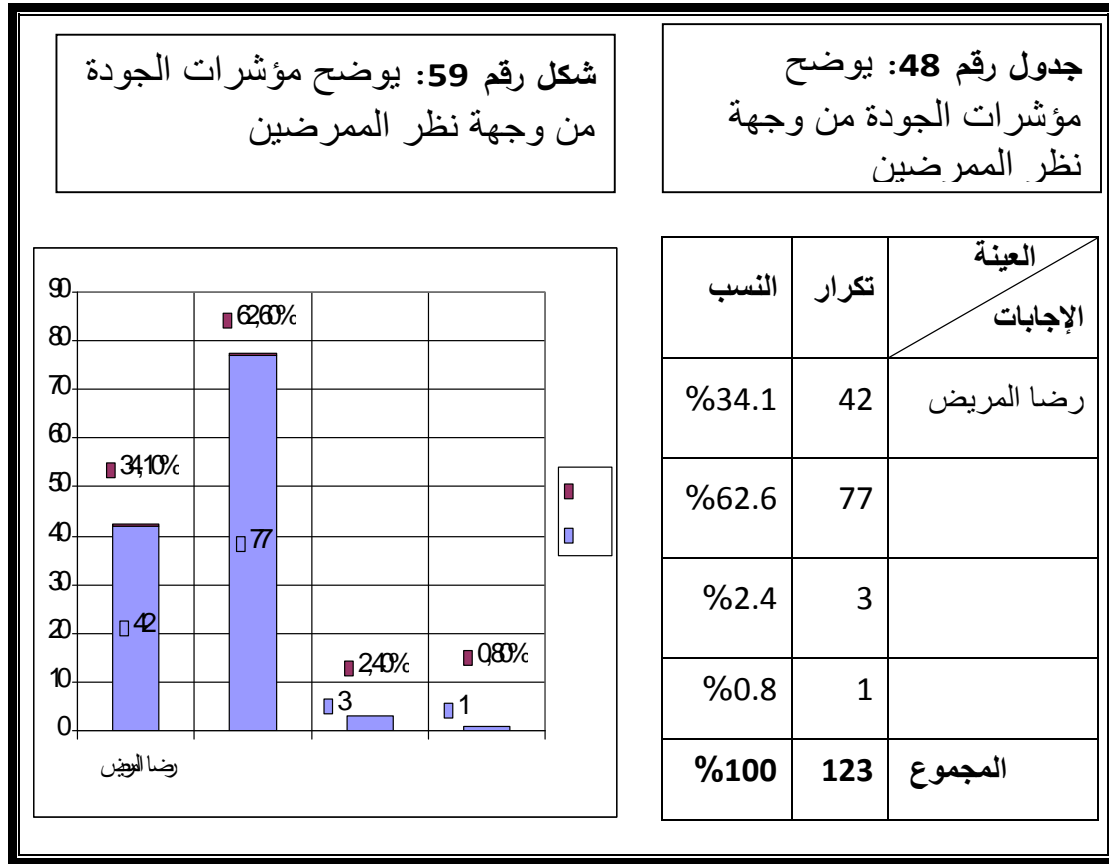
تشير المؤشرات الإحصائية أعلاه بأن الا
من أفراد عينة البحث تري أنه توجد علاقة قوية بين المحفزات المادية وجودة الخدمة
%18.7 انه لا توجد علاقة بينهما

الجدول رقم (47) : يوضح علاقة الحوافز المعنوية بجودة الخدمة الصحية.



تشير المؤشرات الإحصائية أعلاه بأن الإتجاه العام موجود في الخانة 73.1% من أفراد عينة البحث تري أنه توجد علاقة قوية بين المحفزات المعنوية وجودة الخدمة 26.9% انه لا توجد علاقة بينهما.

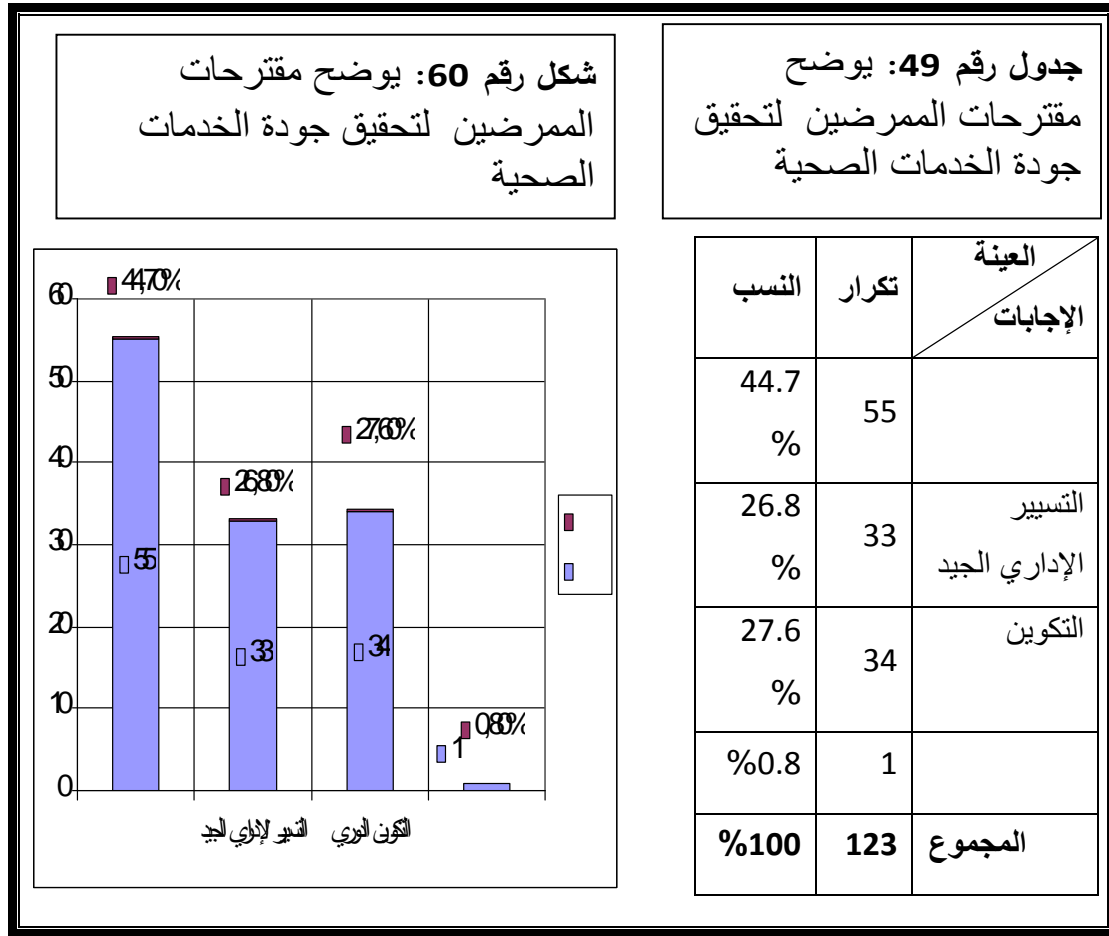
الجدول (48): يوضح مؤشرات الجودة من وجهة نظر الممرضين.



شير المعطيات الإحصائية المتحصل عليها في الجدول أعلاه بـ للمبحوثين يوجد في الخانة 62.6% يرون بأن مؤشرات الجودة هي الاستقبال الجيد. في حين ترى نسبة 34.1% المريض.

الأخير 2.4% عينة البحث على المشرفين.

الجدول (49): يوضح مقترحات الممرضين لتحقيق جودة الخدمات الصحية .



تشير المعطيات الإحصائية المتحصل عليها في الجدول أعلاه بـ

للمبحوثين يوجد في الخانة 44.7% قترحوا الحوافز لتحقيق الجودة.

في حين ترى نسبة 27.6% بأن الجودة تتحقق بالتسيير الإداري الجيد ، وفي

الأخير ترى نسبة 26.8% أفراد عينة البحث أن الجودة تتحقق بالتكوين الدوري

للممرضين، وكل هذه النتائج سواء تكوين أو إشراف فهي متعلقة بالحوافز.

ثالثا / نتائج الدراسة:

1 / علاقة الحوافز المادية بجودة الخدمة الصحية.

التقديرات				الرتبة	النسبة المئوية	المؤشر
100 -66 % جيد	65 -56 % حسن	55 -45 % متوسط	44 -0 % دون المتوسط			
	√			6	65%	عدم كفاية الأجر
		√		12	52%	عدم تناسب الجهد والأجر
√				5	70%	دور الأجر في مضاعفة الجهد
√				5	73.2%	عدم تناسب منحة المردودية والجهد المبذول
√				3	81%	عدم تناسب منحة العدوى
√				2	81.3%	عدم الرضا عن أداء الخدمات الاجتماعية
√				1	95.9%	عدم وفرة النقل
			√	14	31.9%	عدم وفرة البدلات
		√		12	52%	عدم توفر كمية البدلات
	√			10	56.9%	عدم توفر الظروف المادية
	√			10	56.9%	عدم صلاحية الأجهزة الطبية
	√			8	61%	عدم إهتمام المستشفى بصيانة العتاد الطبي
	√			7	64.2%	عدم وفرة وسائل العمل التمريضية
	√			8	61%	عدم وفرة الأدوية

الإحصائية

عليها

المادية .

عليها

، هذه التقديرات

بين

بين:

الإحصائية

ترتيب

تقديرات

لقياس

غاية التقدير الجيد وهذا

يلي :

- ← 0-44% يكون التقدير
 ← 45-55% يكون التقدير
 ← 56-65% يكون التقدير
 ← 66-100% يكون التقدير جيد

وهذا عينة تحقيق عليها تقدير
 : تحقيق الفرضية الجزئية

1- الترتيب 95.9% العينة وبتقدير جيد
 وسيلة المداومين وهذا وصولهم
 وبطبيعة المرضي سهولة
 وهذا يعني الصحية
 يحمل هو .

يؤدي يؤثر الصحية
 2- الثانية وبتقدير جيد 81.3% المبحوثين
 الاجتماعي دوافعهم حيث
 يؤدي بالمرضى العينة أنها
 بين العمالية الإجتماعية
 العينة غير راضين
 ينعكس يعني الصحية .

3- قيمة وهذا هذه
 زيادتها الأخيرة المبحوثين 81.3% غير راضين
 قيمتها وهذا يؤدي تخفيض المرضى أدائهم
 ينعكس الصحية.

4- المرردية والمجهود حيث
 73.2% عينة بأنها غير راضية المرردية
 يبذل مجهود رأي
 96.55% المعدية أدائها 7.14%
 يمكن يكون لهاتين المصلحتين قيمة المرردية المبحوثين
 التقييم 58.9%

عينة التقييم هو معايير التقييم يعنى
غير راضية هذا يؤدي بالمرضى
قيمة الجهد الصحية .

5- : الجهد هذا 70%
العينة يدل يؤدي الجهد وأنه
هذا يعنى الجهد الصحية المرضى .

6- الترتيب كفاية عينة 65%
غير هذه المتزوجين غير
يعنى 100% المتزوجين غير
المعيشة فعينة بالجهد
العينة الجهد يؤثر تأديتها الصحية .

7- التالية بتقدير :

- التمرضية العينة 64.2%
توفرها

- الأدوية 61% .

- صلاحية الأجهزة الطبية 57% .

- 57% .

هذه أيضا غيابهها توفرها بالكمية
المرضى الصحية هي الصحية
هذه الصحية المرضى

وبناء على ما سبق ومن خلال النتائج المتوصل إليها يتضح جليا لنا صحة الفرضية الأولى التي تشير إلى أن للحوافز المادية علاقة بجودة الخدمة في مجال الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة .

2 / علاقة الحوافز المعنوية بجودة الخدمة الصحية.

المؤشر	النسبة المئوية	الرتبة	التقديرات			
			0 - 44 %	45 - 55 %	56 - 65 %	66 - 100 %
عدم الحصول على ترقية	58.5%	6			√	جيد
عدم إهتمام المستشفى بالتكوين	55%	7		√		حسن
إهتمام المبحوثون بالتكوين	91.9%	1				√
سوء العلاقة بالإدارة	27%	9	√			
سوء العلاقة بالأطباء	4.9%	10	√			
طابع العمل الفردي	39%	8	√			
وسيلة الاتصال	66.7%	3				√
عدم المشاركة في اتخاذ القرار	64.3%	4			√	
التعزيز السلبي	63.4%	5			√	
عدم التشجيع	85.4%	2				√

الطريقة فيها
 1- الترتيب عليها
 عليه أغلبية عينة التدريب التعليم
 - طبيعة العلمية
 - الطبية يكونوا
 - تهئية طاقمها الشبه
 - وظيفة البشرية، تقييم العاملين، تحديد إحتياجات مواردها البشرية للتكوين.

الفرضية الجزئية الإحصائية
 الفرضية الجزئية الثانية
 بتدريب الممرضين هذا
 أنه
 هذا التالية :
 فيه يكلف حياة مريض.
 تزايد يوم الطبية
 يحدث.
 إختفائها، يستوجب
 .

- 250

معايير الترقية	48.8 %	عينة
معايير الأقدمية	13.8 %	العينة
الترقية	فغياب الترقية	هي أهم
كبيرة	يحصل عليها	عليها
الأقدمية	هذا	غياب معيار
راضية	حصولها	الترقية
بالممرضين	أدائهم	الصحية .

وبناء على ما سبق ومن خلال النتائج المتوصل إليها يتضح لنا صحة الفرضية الثانية التي تشير إلى أن للحوافز المعنوية علاقة بجودة الخدمة في مجال الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة.

وفي الأخير وبعد عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها على ضوء الفرضيات الفرعية وتأكد صحة هذه الأخيرة يمكننا تأكيد صدق وصحة الفرضية الرئيسية والمتعلقة كلما كانت الحوافز جيدة كلما كانت الجودة عالية في مجال الخدمة الصحية.

من خلال هذه الدراسة في جانبها النظري والميداني تضح جليا أن التحفيز يعتبر من الضرورية لأية سياسة تتبناها المؤسسة من أجل تحسين وتطوير قدرات الموظفين وتنمية مهاراتهم وتعديل سلوكياتهم واستخراج أقصى ما لديهم من الطاقات وتعميق خبراتهم من أجل مسايرة ومواكبة مختلف التطورات الحاصلة على المستوى الداخلي أو على مستوى البيئة الخارجية حتى تت من تحسين أداء موظفيها. وبلوغ رضا الجمهور الخارجي.

خاتمة:

تعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة لأنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تمتلكه المجتمعات، وهو الإنسان وهي تؤمن أن هذا الأخير (الإنسان) هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية ، هذا من جانب ومن جانب آخر أصبح المواطن لا يقبل بالمستويات المتدنية للخدمات بل فرض نفسه كطرف مهم ، فأصبحت الخدمات الصحية حق من حقوق الإنسان، وبذلك أصبحت الجودة أكثر من ضرورة إذ تعتبر الأهم بالنسبة للمريض، وضمن هذا السياق قمنا بدراستنا قصد معرفة الأسباب التي تحول دون الرفع من مستوى الخدمات الصحية وبلوغ رضا المريض والتي لا تتأتى إلا بمدخل الجودة.

وعلى غرار الكثير من الدراسات التي قام بها علماء الاجتماع والإدارة ... للبحث في هذه المتغيرات، إذ تعتبر مدرسة الإدارة العلمية هي أول من لامس هذه الإشكالية والتي توصل فيها العالم فريدريك تايلور إلى مجموعة من الأسس كان من أهمها علاقة الحوافز المادية بالإنتاج، موضحا بأن الأهداف المادية هي الأساس لبعث العمال على الزيادة في الإنتاج كميًا ونوعيًا، ثم جاءت مدرسة العلاقات الإنسانية والتي أولت إهتمامًا بالغًا بالموارد البشري وذلك لتحقيق الكفاية الإنتاجية، فتغيرت النظرة إلى الفرد العامل من مجرد فرد منتج ليصبح ينظر إليه على أنه عامل مساهم في خلق القيمة المضافة بالمؤسسة، وكذلك لكونه المحرك الذي يدفع بقية العوامل الأخرى بالمؤسسة لضمان استمرارها في النشاط ، كما يضمن تحقيقها ميزة تنافسية تعزز مكانتها في ميدان تخصصها وللتعرف على مدى تطابق ما توصلت إليه الدراسات فقمنا بالتقرب إلى فئة الممرضين كونهم أحد أهم الفواعل من الموارد البشرية المقدمة للخدمة الصحية وهذا بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بالجلفة، قصد معرفة مدى رضا الممرضين على منظومة الحوافز التي تقدمها لهم هذه المؤسسة والتي تعمل على تحريكهم لبذل الجهد وبلوغ رضا الجمهور الخارجي، رغم أننا ندرك مدى صعوبة تعميم النتائج المحصل عليها على كافة المؤسسات العمومية الإستشفائية، وهذا لاختلافات التي تميز كافة المؤسسات الأخرى بعضها عن بعض الآخر، نظرًا للظروف المحيطة بها والثقافات

والقيم التي تنطلق منها على إعتبار ما يلاءم هذه المؤسسة قد لا يكون كذلك بالنسبة للمؤسسة الأخرى ، وهكذا رغم الصعوبات " الموضوعية " فقد حاولنا قدر المستطاع متابعة مجريات هذه الدراسة ، بشقيها النظري والميداني ، بغية الإطلاع على ما توصل إليه الآخرون في أماكن وأزمنة مختلفة.

ولذلك قمنا في الشق النظري بوضع فصلين، فصل للحوافز وفصل حول جودة الخدمات الصحية ، وفي الشق الميداني ثم استعمال الإستبانة والتي تم تفرغها ، وقد توصلنا إلى النتائج التالية :

أولاً: نتائج الفرضية الأولى المتعلقة بالحوافز المادية وعلاقتها بالجودة في المجال الصحي:

1. عدم توفر النقل يؤدي إلى عدم وصول المداومين من الممرضين في الوقت الشيء الذي يؤثر في جودة الخدمة الصحية.

2. عدم رضا أفراد العينة على مستوى أداء لجنة الخدمات الإجتماعية من شأنه أن يؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف الممرضين .

3. عدم رضا المبحوثين عن قيمة منحة العدوى من شأنه أن يؤثر على أدائهم الشيء الذي ينعكس على مستوى جودة الخدمات الصحية.

4. عدم رضا المبحوثين عن قيمة منحة المردودية كونها لا تتوافق مع المجهودات المبذولة ، كما أنهم غير راضيين تماماً على معايير تقييم الأداء ، كل هذا يؤدي بهم إلى عدم بذل الجهد في العمل ، الشيء الذي يعني إنخفاض في مستوى أداء الممرض للخدمة الصحية .

5. عدم توفر: - ظروف العمل المادية ، ووسائل العمل من أجهزة طبية وتمريضية ودواء يؤدي إلى إنخفاض في مستوى الخدمة الصحية ، والذي يعني غياب الجودة تماماً.

ثانياً : نتائج الفرضية الثانية المتعلقة بالحوافز المعنوية وعلاقتها بالجودة في المجال الصحي:

1. عدم إهتمام المستشفى بالتدريب والتعليم في مقابل أن جل المبحوثين أكدوا على إهتمامهم بالتدريب والتكوين ، كونهم بحاجة له ، والذي يعني إنخفاض مستوى تأدية المرضى من شأنه أن يؤدي بهم إلى الخفض من مستوى أدائهم للخدمة الصحية .

2. غياب تشجيع المجتهدين والمبدعين من المرضى من شأنه أن يؤدي بهم إلى خفض من مستوى أدائهم للخدمة الصحية.

3. غياب منظومة إتصال جيدة في المؤسسة من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض في مستوى أداء المرضى للخدمة الصحية .

4. عدم رضا المبحوثين عن أساليب الترقية في المؤسسة من شأنه أن يؤدي بالمرضى إلى خفض مستوى أدائهم وبالتالي انخفاض مستوى الخدمات الصحية.

من خلال مناقشاتنا ودراستنا لهذا الموضوع صادفتنا الكثير من المشكلات السوسيو تنظيمية التي نراها بالغة الأهمية لمامسة جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية فهي جديرة بالدراسة نذكر منها:

- مستوى رضا المريض عن خدمات المستشفيات.
- واقع وآفاق الإصلاح الصحي في الجزائر.
- السلطة في المستشفيات العمومية الجزائرية.
- متطلبات الموارد البشرية لتحسين الخدمة الصحية والمؤسسات العمومية الجزائرية.

توصيات ومقترحات الدراسة:

1. التقييم المستمر للأداء ومكافأة الممرض على أساس ما قام بإنجاز من مهام وأن يتسم هذا التقييم بالعدالة والمساواة بين كل الفئات العاملة.
2. التطبيق الفعلي للنصوص القانونية الخاصة بنظام الحوافز المادية مشكلة حقيقية تعاني منها مؤسساتنا وهو ما يستوجب ضرورة وجود آليات رقابية فعّالة تضمن تطبيقها على أرض الواقع .
3. إعادة النظر في تسيير لجنة الخدمات الإجتماعية وذلك بتدخل الإدارة لتسهيل عملها ورسم الطريق الصحيح لها لتمكينها من إرضاء جميع العمال.
4. التكوين : إعادة بعث وظيفة المستشفى في التدريب والتعليم من خلال خلية التكوين المتواصل .
- تقييم مستويات أداء الممرضين للخدمات الصحية من خلال ما يراه الأطباء وإجراء دورات تكوينية وتدريبية خاصة بالممرضين ذوي الأداء المنخفض.
- بالنسبة للتكوين الشبه طبي:
- إجراء امتحانات تجريبية كل ستة أشهر للطلبة قصد معرفة مدى إكتسابهم للمهارات التمريضية التي اكتسبوها من الميدان ، وهذا لتدارك النقص.
- إضافة مادة علم الاجتماع حتى يتمكن طلبة مدرسة الشبه الطبي بمعرفة أن الخدمات الصحية ليست فقط أبعاد فنية التي تقدم للمريض ، بل هي أيضا أبعاد نفسية إجتماعية ويفضل أن يدرس باللغة العربية ، ويعتمد دروسه على علم الاجتماع الطبي.
5. مكافأة الموظفين المجتهدين ومعاقبة المخالفين والمقصرين .
6. ربط الأجر بالأسعار.
7. توفير الظروف المادية للعمل من إضاءة وتهوية وتدفئة.
8. توفير وسائل العمل : البدلات على الأقل مرتين في السنة ومن النوعية الجيدة.
- توفير النقل للمداومين.
- توفير الأجهزة الطبية والتمريضية وصيانتها دوريا .
- توفير الأدوية.

- 1- الجائي مرهف كمال ، معجم علم النفس التربية 1، سوريا: معجم اللغة العربية ، 2003.
- 2- معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية -انجليزية- بيروت: 1982.
- 3- جمال الدين محمد ابن مكرم أبو الفضل () _____ 6 4 ، القاهرة: 2008.
- 4- معجم متن اللغة الموسوعة اللغوية الحديثة ، بيروت: مكتبة الحياة، 1985.
- الكتب باللغة العربية:**
- 5- احمد رشوان حسين عبد الحميد ، _____ : الجامعي الحديث ، 2005 .
- 6- أحمد إبراهيم أحمد ، العلاقات الإنسانية في المؤسسة التعليمية : لدنيا الطباعة، 2001.
- 7- البرواري نزار عبد المجيد ، لحسن عبد الله باشيوة ، إدارة الجودة مدخل للميز مفاهيم
- 8- البياتي ياسين خضير النظرية الاجتماعية جذورها التاريخية ورواها : 2002.
- 9- _____ : المنظمة العربية للعلوم الإدارية ، 2000
- 10- الجوهري محمد ، وآخرون ، _____ ، 2 ، القاهرة : 1976 .
- 11- الجوهري _____ : علم الاجتماع الصناعي والتنظيم 1 ، _____ : المسيرة ، 2009 .
- 12- الحناوي محمد صالح ، اسماعيل السيد ، قضايا إدارية معاصرة 2 ، الاسكندرية : الدار الجامعية ، ب س ن .
- 13- الدويبي عبد السلام بشير ، _____ : 2006
- 14- السامرائي مهدي صالح ، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي 1 : دار جرير للنشر والتوزيع ، 2007 .
- 15- تطور الفكر التنظيمي 2، بيروت: دار غريب، 2010.
- 16- إدارة الأفراد والكفاءات الإنتاجية ، القاهرة : مكتب غريب للنشر 1985.
- 17- الشاعر عبد المجيد وآخرون _____ : دار اليازوري، 2000 .
- 18- الأفراد والعلاقات الإنسانية ، القاهرة : _____ : العصرية ، د س ن .

- 19- الشيخ الحسين عبد الحميد ، تحليل المنظمات : دار بهاء الدين للنشر ، 2008.
- 20- الشيخ علي قدری ، وآخرون _____ والتوزيع ، ب س ن.
- 21- الصيرفي محمد ، ((العلاقات الإنسانية)) 1 ، الإسكندرية : 2007 .
- 22- الصيرفي محمد ، مستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها 1 ، الإسكندرية : 2009 .
- 23- الضمور هاني حامد ، تسويق الخدمات 2 : 2004 .
- 24- العميان محمود سليمان ، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال 1 : 2010 .
- 25- العويسات جمال الدين ، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري : دار هومة 2003 .
- 26- القريوتي محمد قاسم ، _____ 4 : 2009 .
- 27- القريوتي محمد قاسم ، نظرية المنظمة والتنظيم 3 : 2008 .
- 28- _____ ، القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الإدارية 2004 .
- 29- المغربي عبد الحميد عبد الفتاح ، الاتجاهات الحديثة في دراسات وممارسات إدارة الموارد البشرية 1 : المكتبة العصرية ، 2009 .
- 30- الموارد البشرية 1 : 2006 .
- 31- الوريكات عايدة ، _____ 1 : 2011 .
- 32- أنور السلطان محمد سعيد ، السلوك التنظيمي : دار الحامة الجديدة ، 2003 .
- 33- بطرس جلدة سليم ، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية 1 : الشروق للنشر والتوزيع ، 2007 .
- 34- الرعاية الصحية ، الرياض : والتوزيع ، 2004 .
- 35- فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية : الاجتماع الاتصال للبحث والترجمة ، قسنطينة ، 2006 .
- 36- اعنة عبد المهدي ، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية ، مفاهيم ، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية 1 : 2004 .
- 37- بوحوش عمار ، محمد محمود الذنيات ، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد : ديوان المطبوعات الجامعية ، 2009 .
- 38- نظريات الإدارة الحديثة في القرن 21 1 بيروت : 2006 .
- 39- بيومي صلاح ، _____ : ديوان المطبوعات الجامعية ، 1982 .

- 40- جابر ناصر الدين، لوكيا الهاشمي، مفاهيم أساسية في علم النفس الاجتماعي : دار الهدى، 2006.
- 41- جاد الرب سيد محمد ، إدارة المنظمات الصحية والطبية - منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة ، القاهرة ، دار النهضة العربية ، 1997.
- 42- جاد الرب سيد محمد ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية . : 2008.
- 43- الاجتماع التنظيم : دار المعرفة الجامعية 2005.
- 44- مفاهيم وتطبيقات 2 : :
- وائل للنشر والتوزيع ، 2006 .
- 45- حاروش نور الدين ، إدارة الموارد البشرية 1 : 2011
- حسن الشماع خليل محمد ، خضير كاضم حمود، نظرية المنظمة : المسيرة ، 2007.
- 46- حسن راوية ، السلوك التنظيمي المعاصر : دار الجامعية ، 2006.
- 47- حسونة فيصل ، إدارة المواد البشرية 1 : 2008.
- 48- خليل المساعد زكي ، تسويق الخدمات وتطبيقاته : دار المناهج ، 2005.
- 49- خليل موسى ، () 1 ، بيروت : 2005.
- 50- : القاهرة : 2006.
- 51- كة مأمون سليمان ، 1 : 2008 - - .
- 52- ذياب صلاح محمود ، إدارة خدمات الرعاية الصحية 1 : 2010 .
- 53- الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال : القاهرة : المكتب الجامعي الحديث، 2007
- 54- رضوان شفيق ، السلوكية والإدارة ، بيروت : 2002 .
- 55- زيدان عبد الرزاق ، علم الاجتماع المهني ، القاهرة :
- 56- الإدارة الصحية : اليازوري ، 2009.
- 57- سليمان القضاة حسن صالح ، القيادة مدخل في إدارة المستشفيات 1 : 2012.
- 58- سوسي عبد الوهاب ، : 2009.
- 59- شاكر مجيد سوسن ، محمد عواد الزيات ، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في التعليم 1 - 2007 .
- 60- شاكر مجيد سوسن ، محمد عواد الزيات ، الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي لمؤسسات التعليم العام الجامعي 1 : 2008.

- 61- شاكر مجيد سوسن ، محمد عواد الزيادات
والتعليم 1 : دار صفاء للنشر والتوزيع، 2007.
- 62- شاويش مصطفى نجيب ، الموارد البشرية وتأثيرات العولمة عليها
1 2004
- 63- شاويش مصطفى نجيب ، الموارد البشرية
2005.
- 64- براهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، القاهرة : ريب
1995 .
- 65- عباس محمود العلاق بشير ، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، مدخل
استراتيجي تطبيقي ووظيفي، عمان، دار زهران، 1999.
- 66- عبد الباقي صلاح الدين ، إدارة الموارد البشرية : الدار الجامعية للنشر
2000 .
- 67- عثمان يوسف ردينة ، التسويق الصحي والاجتماعي : دار المناهج للنشر
والتوزيع ، 2007 .
- 68- عفيفي مصطفى صديقي ، احمد إبراهيم عبد الهادي ، السلوك التنظيمي دراسة
في تحليل السلوكي للبيروقراطية المصرية 1 : عين شمس ، 2003.
- 69- عقيلي عمر وصفي ، إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد استراتيجي 1
2005 .
- 70- عقيلي عمر وصفي ، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة
نظرة) 1 : 2001.
- 71- علوان المحياوي قاسم نايف ، مفاهيم وعمليات
وتطبيقات : دار الشروق للنشر والتوزيع ، 2006 .
- 72- إدارة الموارد البشرية 1 : 2004.
- 73- مؤيد سعيد سالم ، جرحوش صالح ، إدارة الموارد البشرية 1 :
الكتب الحديث، 2002.
- 74- مؤيد سعيد سالم عادل، جرحوش صالح، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي
2 : عالم الكتب الحديث، 2002.
- 75- ماضي محمد توفيق ، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في
مجال الصحة والتعليم (نموذج مفاهيمي)، القاهرة : المنظمة العربية للتنمية
الإدارية ، 2006 .
- 76- ماهر احمد ، إدارة الموارد البشرية : الدار الجامعية ، 2007.
- 77- ماهر احمد ، السلوك التنظيمي، مدخل بناء المهارات، الإسكندرية: الدار الجامعية
2003.
- 78- محسن صالح مهدي العامري ، طاهر محسن
2007 .
- 79- القاهرة : دار غريب للنشر ،

- 80- محمد المرسي جمال الدين ، الإدارة الإستراتيجية للموارد البشرية ، القاهرة : الجامعية ، 2006 .
- 81- د ديري زاهد ، سعاد راغب كسواتي ، الأعمال الحديثة : 2008 .
- 82- علم اجتماع التنظيم 2 : الجامعية ، 2003 .
- 83- المعرفة الجامعية : 1989 .
- 84- مخيمر عبد العزيز ، محمد الطعامة ، الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات) ، القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الادارية ، 2003
- 85- مرعي محمد مرعي ، التحفيز المعنوي وكيفية تفعيله في ا : القاهرة : المنظمة العربية للتنمية العربية ، 2003 .
- 86- مريزق محمد عدمان ، مداخل الإدارة المحلية الصحية 1 : دار الراية ، 2012 .
- 87- مزاهرة أيمن ، وآخرون ، 1 : 2003 .
- 88- معن خليل عمر ، نظريات معاصرة في علم الاجتماع 2 : 2007 .
- 89- مناصرة ايمن ، وآخرون ، 1 : 2005 .
- 90- نايف البرنوطي سعاد ، البشرية 1 : 2007 .
- 91- نصيرات فريد توفيق ، إدارة منظمات الرعاية الصحية 1 : دار المسيرة للنشر والتوزيع ، 2008 .
- 92- ياسر البكري تامر ، إدارة المستشفيات : دار اليازوري ، ب س ن
- 93- ياسر البكري تامر ، تسويق الخدمات الصحية : 2005 .
- 94- يزيد الوليد بشار ، الإدارة الحديثة للموارد البشرية 1 : دار الراية ، 2008 .

الأجنبية :

- 96- A. Jaquerye , La Qualité des Soins infirmier, implantation, évaluation, acceditation, edition maloine, 1999.
- 97- Cloud Vilcot et Hervé Leclét , Indicateurs qualité en santé , France 1^{er} édition , Afnor , 2001.
- 98- Rymond quivy , Luc Van componhoud , manuel de recherche en sciences sociales , bordus , paris , 1988 .

- 99- بن نوفل قدور ، مرزيق عاشور ، " الصحية في المستشفيات " ، مداخلة الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة ، جامعة الطاهر مولاي سعيدة ، 13-14 ديسمبر 2010.
- 100- " أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين " ، نوية ، كلية الإدارة و الاقتصاد ، العراق ، العدد 10 ، 05 ، أيار 2013.
- 101- " الإدارة المدرسية الرشيدة ، مجال من مجالات الحكم " ، مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول إستراتيجية الحكم الراشد ، جامعة فرحات ، 2005.
- 102- عايض عبد اللطيف مصلح ، " القيادة الإدارية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا في تطبيق TQM فيها " ، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي ، اليمن ، العدد 11 ، 2013 .
- 103- عجيل محمد بن نوي مصطفى " تطبيق الحكم الراشد بالمؤسسات الاقتصادية " ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير ، جامعة سكيكدة ، 2007.

الوثائق الحكومية :

- 104- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، وزارة العمل ، مرسوم رقم 11/90 المتضمن بعلاقات العمل الجريدة الرسمية ، العدد 01 ، الصادرة بتاريخ 21 افريل 1990 .

رسائل غير منشورة :

- 105- السمرائي حسين برهان الدين ، " دور القيادة في تطبيق أسس ومبادئ إدارة " ، رسالة ماجستير ، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي ، 2012.
- 106- " تمارين أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة " ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية غزة ، فلسطين ، 2004 .
- 107- " الفعالية التنظيمية داخل المؤسسات الصناعية " ، 2005.
- 108- " سوسيولوجية التغير التنظيمي وفعالية المنظمات ، مدخل التحليل الاستراتيجي " رسالة ماجستير ، قسم علم الاجتماع ، جامعة قاصدي مرباح ، 2010 - 2011 .

- 109- خرخاس سامية ، " الحوافز على رفع مستوى الكفاءة الإنتاجية" ماجستير ،كلية العلوم الاقتصادية ، جامعة المسيلة، الجزائر، 2003.
- 110- درار عياش , "اثر نظام الضمان الاجتماعي على حركية الاقتصاد الوطني" , رسالة ماجستير ، جامعة يوسف بن خدة ، الجزائر، 2005.
- 111- سعيدان رشيد ، "دور التسيير الاستراتيجي للمواد البشرية في تحسين جودة لخدمات الصحية " رسالة ماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية جامعة ابوبكر بلقايد . 2011 .
- 112- كحيلة نبيلة " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية " ماجستير ، جامعة منتوري ، قسنطينة ، 2009 .
- 113- مراكش محمد لمين ، "حسين الأداء للموارد البشرية" رسالة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سعد دحلب ، البليدة ، 2012.
- 114- مريزق عدنان ، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية " رسالة دكتوراه ، كلية العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر، 2008 .

- 115- زهر العقبي ، "محاضرات في علم النفس الاجتماعي لطلبة الماجستير" كلية العلوم الإنسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة محمد خيضر ، للسنة الدراسية (2011-2012).

مواقع الكترونية :

- 116- " الحافز وعلاقته بالأداء الوظيفي " ، مدونة التنمية البشرية
طوير والأداء 22-4-2013 kordy.blogspot1.com.ahmed
h 21:00
- 117- الموارد البشرية ،
- 118- القرى عبد الرحمان ، خليلي احمد ، " اثر التنظيمات غير رسمية على عملية صنع القرار في المؤسسات الاقتصادية" . khaliliehmed@yahoo.com
25.05.2003 a15:30
- 119- w.w.w. Wikipedia, "définition de la santé publique" ,
consulter, le: 03.05.2013 a 10.30' h
- 120- w.w.w. Wikipedia .com , consulter, le: 03.05.2013 a21 , 45h
الرعاية الصحية الأولية
- 121- http // www . dha . gov . ae / ar / **sectors directorates**
primary healt care , aspx . consulter, le: 25 .11 .2013.
- 122- http : //www,iumsp.eh. consulter le 03/05/2013 a 10h30 '
- 123- www.hrdisussion.com /hr 13658 html .
consulter, le: 10.07.2013 a 17h:30
- 124- www. Ew .asu , edu , jo , consulter le 21 . 02 . 14. A 21h .5' .

خضر -
كلية الإنسانية والاجتماعية

الاجتماعية

عليكم :

قيامنا بالتحضير نهاية لنيل شهادة الماجستير :

الصحية

بين أيديكم هذه

يطيب

الميداني

سياق

يشير للشخصية،

واختيار

يرجى

المريض

مساهمتم

التالية (x) :

1- : البيانات الشخصية

1. :
2. العمرية: 20 30 31 40 41 50 50
3. المؤهل :
4. المدنية:
5. الأقدمية:
6. :

2- : المادية:

7. هل عليه يكفي حاجياتك:

- الحالتين:

8. هل عليه يتناسب تبذله جهد:

- كيف؟

9. هل الزيادة الجهد:

10. هل يتوافق المردودية والمجهود تبذله:

☐ ☐

- هل المردودية : المجهود ☐ ☐ حددها

11. هل :

☐ ☐

- هل تراها؟ ☐ غير ☐

-1- غير :

12. هل الاجتماعية؟

☐ ☐

كيف

13. هل يوفر وسيلة الممرضين المداومين؟

☐ ☐

14. هل يوفر

☐ ☐

هل كافية

15. هل المادية والتهوية

☐ ☐

16. هل الأجهزة الطبية

☐ ☐

17. هل مهتم بصيانة الأجهزة

☐ ☐

18. هل تحتاجها عمليات التمريض

☐ ☐

☐ ☐

3- الحوافز المعنوية:

20. هل ترقية

☐ ☐

-

هي معايير الترقية؟

-

☐

المؤهلات العلمية

☐

الأقدمية

حددها

21. هل تلقيت تكويناً فيما يخص مهنتك

☐ ☐

هل نوعية التكوين

-

☐ ☐

22. هل مهتم بتقديم تدريبات (للمرضى لتحسين مهاراتهم؟

☐ ☐

هل مهتم بتحسين التكوين؟

-

☐ ☐

الحالتين:

23. هل بينك وبين

☐ سيئة

☐
☐ جيدة

24. هل بينك وبين

☐ سيئة

☐
☐ جيدة

25. هل بينك وبين المرضى

☐ سيئة

☐
☐ جيدة

26. هل فيها ي عليه:

☐

27. هي الوسيلة الاتصالية تستعملها

☐ كتابية

☐ شفوية

28. هي الوسيلة تستخدمها لتقديم

☐
☐

29. هل يسمح بمشاركة

☐
☐

30. هل يتهاون يعاقب؟

☐☐

31. هل يقوم متميز يشجع؟

☐☐

جودة الخدمة الصحية :

32. في رأيك هل توجد علاقة بين الحوافز المادية وجودة الخدمة عند الممرضين؟

☐☐

33. في رأيك هل توجد علاقة بين الحوافز المعنوية وجودة الخدمة عند الممرضين؟

☐☐

34. رأيك هي الصحية للممرضين؟

.....
.....

35. هناك الصحية للممرضين هي لتحقيق

.....
.....

ملخص الدراسة

تناولت هذه الدراسة موضوع: " علاقة الحوافز بالجودة في قي مجال الخدمة الصحي "

إشكالية الدراسة : تمثلت في الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي " : ما علاقة الحوافز بالجودة في مجال الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية الجزائرية؟

أهداف الدراسة:

- 1- تهدف إلى إيجاد علاقة الحوافز بالجودة في مجال الخدمة الصحية.
- 2- تهدف إلى إيجاد علاقة الحوافز المادية بالجودة في مجال الخدمة الصحية.
- 3- تهدف إلى إيجاد علاقة الحوافز المعنوية بالجودة في مجال الخدمة الصحية

المنهج المستخدم: تم إستخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة.

المجال الزمني للدراسة: استغرقت هذه الدراسة في جانبيها النظري و الميداني السنة الجامعية 2013/2012.

مجتمع الدراسة: تم الاعتماد على العينة العشوائية البسيطة وذلك بإستقصاء نصف المجتمع الأصلي للعينة أي بنسبة 50% من المجتمع الكلي و المقدر ب : 123 ممرضا من الذين يسهرون على تقديم الخدمة الصحية و تم الإعتماد في هذه الدراسة من حيث جمع المعلومات على الإستبيان و الذي إحتوى على ثلاثة أجزاء؛ الجزء الأول تضمن البيانات العامة للمبحوثين (شخصية ووظيفية)، أما الجزء الثاني إشتمل على محور الفرضية الجزئية الأولى والمتعلقة بعلاقة الحوافز المادية بجودة الخدمة الصحية، أما الجزء الثالث والمتعلق بعلاقة الحوافز المعنوية بجودة الخدمة الصحية.

و بعد تفريغ البيانات و عرضها و تحليلها و تفسيرها، توصلت الدراسة الحالية إلى

النتائج التالية:

1. إن الممرضين غير راضين على عدم توفر وسيلة النقل الشيء الذي يحول دون وصولهم في الوقت الأمر الذي يؤدي الى انخفاض في مستوى جودة الخدمات الصحية.
 2. عدم رضا أفراد العينة على مستوى أداء لجنة الخدمات الإجتماعية من شأنه أن يؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف الممرضين .
 3. عدم رضا المبحوثين عن قيمة منحة العدوى من شأنه أن يؤثر على أدائهم الشيء الذي ينعكس على مستوى جودة الخدمات الصحية.
 4. عدم إهتمام المستشفى بالتدريب والتعليم في مقابل أن جل المبحوثين أكدوا على اهتمامهم بالتدريب والتكوين ، كونهم بحاجة له ، والذي يعني إنخفاض مستوى تأدية الممرضين من شأنه أن يؤدي بهم إلى الخفض من مستوى أدائهم للخدمة الصحية .
 5. غياب تشجيع المجتهدين والمبدعين من الممرضين من شأنه أن يؤدي بهم إلى خفض من مستوى أدائهم للخدمة الصحية.
 7. غياب منظومة إتصال جيدة في المؤسسة من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض في مستوى أداء الممرضين للخدمة الصحية .
- توصيات الدراسة: بعد النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الدراسة الراهنة يمكن تقديم بعض التوصيات:

1. التقييم المستمر للأداء ومكافأة الممرض على أساس ما قام بانجاز من مهام وأن يتسم هذا التقييم بالعدالة والمساواة بين كل الفئات العاملة.
2. التطبيق الفعلي للنصوص القانونية .
3. إعادة النظر في تسيير لجنة الخدمات الإجتماعية وذلك بتدخل الإدارة لتسهيل عملها ورسم الطريق الصحيح لها لتمكينها من إرضاء جميع العمال.
4. التكوين : إعادة بعث وظيفة المستشفى في التدريب والتعليم من خلال خلية التكوين المتواصل .
5. مكافأة الموظفين المجتهدين ومعاقبة المخالفين والمقصرين .
6. ربط الأجر بالأسعار.
7. توفير الظروف المادية للعمل من إضاءة وتهوية وتدفئة.

8. توفير وسائل العمل : البدلات على الأقل مرتين في السنة ومن النوعية الجيدة.

- توفير النقل للمداومين.

- توفير الأجهزة الطبية والتمريضية وصيانتها دوريا، وكذا توفير الأدوية.